MÉMOIRES,

OU

RECHERCHES

ANATOMICO-PATHOLOGIQUES

SUR DIVERSES MALADIES.

OUVRAGE DU MÊME AUTEUR,

Qui se trouve chez les mêmes Libraires.

Recherches anatomico-pathologiques sur la Phthisie, précédées du *Rapport fait à l'Académie royale de Médecine*, par MM. BOURDOIS, ROYER-COLLARD et CHOMEL, 1 vol. in-8°. Prix, br., 7 fr.

MÉMOIRES,

OU

RECHERCHES

ANATOMICO-PATHOLOGIQUES

SUR

Le Ramollissement avec Amincissement et sur la Destruction de la Membrane muqueuse de l'Estomac. — L'Hypertrophie de la Membrane musculaire de l'estomac, dans le Cancer du Pylore. — La Perforation de l'Intestin grêle. — Le Croup chez l'adulte. — La Péricardite. — La Communication des Cavités droites avec les Cavités gauches du Cœur. — Les Abcès du Foie. — L'État de la Moelle épinière dans la Carie vertébrale. — Les Morts subites et imprévues. — Les Morts lentes, prévues et inexplicables. — Le Ténia et son traitement.

PAR P. CH. A. LOUIS,

Docteur en Médecine des Facultés de Paris et de Saint-Pétersbourg, Membre adjoint résident de l'Académie royale de Médecine de Paris, Correspondant de celle de Marseille.

A PARIS,

CHEZ GABON ET COMPAGNIE LIBRAIRES,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE;

ET A MONTPELLIER, CHEZ LES MÊMES LIBRAIRES.

1826.

A

M. LERMINIER,

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ,

MEMBRE TITULAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

CHEVALIER DE L'ORDRE ROYAL DE LA LÉGION D'HONNEUR, etc.

P. CH. A. LOUIS.

AVERTISSEMENT.

Plusieurs des Mémoires qui forment ce volume ont été publiés soit dans les *Archives générales de Médecine* (1), soit dans la *Revue Médicale* (2), soit, et tout récemment, dans le *Répertoire d'Anatomie et de Physiologie pathologiques et de Clinique chirurgicale*, rédigé par M. Breschet (3); les autres paraissent aujour-

(1) Mémoire sur l'Amincissement et le Ramollissement de la Membrane muqueuse de l'estomac, mai 1824, présenté à l'Académie royale de Médecine le 27 janvier de la même année.

Sur l'Hypertrophie de la Membrane musculaire de l'estomac dans toute son étendue, dans le cancer du pylore. Avril 1824.

Sur les Perforations de l'Intestin grêle dans les maladies aiguës Janvier 1823.

Sur le Croup, considéré chez l'adulte; janvier 1824, lu à l'Académie royale de Médecine le 23 septembre 1823.

Sur les Communications des cavités droites avec les cavités gauches du cœur. Novembre 1823.

Sur le Ténia. Décembre 1824.

(2) Mémoire sur la Péricardite. Janvier 1824.

(3) Mémoire sur les Abcès du Foie. Juin 1826.

d'hui pour la première fois (1). Les premiers ont été revus avec soin, nous en avons fait disparaître les longueurs et les obscurités qui en rendaient la lecture pénible, et nous avons fait des additions importantes à plusieurs d'entre eux. Les nouvelles observations que nous y avons ajoutées ont confirmé celles que nous avions recueillies d'abord ; en sorte que nous avons pu étendre nos conclusions sans les altérer.

Quelques-uns de nos premiers Mémoires portent sur des objets qui n'avaient pas encore fixé l'attention des auteurs, ou même étaient entièrement nouveaux à l'époque de leur publication ; d'autres, en traitant de lésions déjà anciennement connues, nous ont semblé répandre quelque jour sur leur histoire, et ces différens motifs nous ont porté à les réunir à ceux que nous publions aujourd'hui pour la première fois.

S'ils n'ont pas tous exactement la même forme, ils sont au moins rédigés dans les mêmes principes, avec l'exactitude et l'im-

---

(1) Mémoire sur l'état de la Moelle épinière dans la carie des vertèbres.

Sur les Morts subites, ou survenues très-promptement, et tout-à-fait imprévues.

Sur les Morts lentes et prévues, dont on ne saurait se rendre compte par l'état des organes.

partialité dont nous sommes capable; et dans tous nous avons noté la proportion des cas, ou le nombre de fois que telle ou telle lésion s'est offerte à notre observation, sur un nombre déterminé d'individus (1). Bien que la somme des faits que nous avons recueillis jusqu'à ce jour, soit loin d'être assez considérable pour fixer cette proportion d'une manière définitive, elle peut aider à atteindre ce but; et si tous ceux qui s'appliquent à l'observation suivaient la même marche, on pourrait, dans un certain nombre d'années, savoir à quoi s'en tenir à cet égard; et le même travail, continué pendant un laps de temps plus considérable encore, donnerait le moyen de décider si, comme l'ont dit quelques médecins, et entre autres M. Laennec, les mêmes lésions organiques présentent, sous le rapport de la fréquence, de grandes variations à des intervalles de temps plus ou moins éloignés.

En jetant un coup-d'œil général sur notre ouvrage, on nous reprochera peut-être de n'y avoir exposé en quelque sorte que des

(1) Presque tous nos relevés portent sur une masse de quatre cent cinquante individus morts dans les salles Saint-Jean et Saint-Joseph de l'hôpital de la Charité (service de M. Chomel), depuis la fin de 1821, jusqu'au commencement de mai de cette année.

faits relatifs à des individus qui ont succombé, et, au lieu d'insister sur le traitement, de nous être borné à quelques indications thérapeutiques. Mais c'est à la science, et non à nous, qu'il faut adresser ce reproche ; car tant qu'on ignorera le siége, la nature et les symptômes de beaucoup de maladies, et on est loin de les connaître sans exception, les travaux des médecins devront être dirigés, avant tout, vers cet objet : et comment atteindre le but sans la double considération des symptômes et de l'état anatomique des organes ? Ajoutons que nos recherches étant relatives à des maladies ou à des lésions pour la plupart extrêmement graves, et dont quelques-unes sont mortelles de leur nature, il était impossible d'en donner une juste idée, sans faire suivre, dans tous les cas particuliers qui y sont relatifs, l'histoire des symptômes de celle de la lésion.

Peut-être encore nous reprochera-t-on le nombre, la longueur et les détails de nos observations. Nous avons déjà, en grande partie, répondu à ce reproche, dans l'Avertissement qui se trouve en tête de nos *Recherches sur la Phthisie* : nous ajouterons qu'en médecine, comme dans les autres branches des connaissances humaines, il y a deux espèces

d'ouvrages : les uns destinés à exposer l'état actuel de la science, les autres à faire connaître les faits nouveaux qui y sont relatifs, ou les recherches entreprises pour en éclaircir des points encore obscurs. Si l'on peut et si l'on doit, dans le premier genre d'ouvrages, se borner à des descriptions générales, il n'en est plus de même dans le second, où il faut marcher les preuves en main, c'est-à-dire appuyé sur des faits précis et environnés d'assez de détails pour en donner une idée nette et empêcher de les confondre avec des faits d'une autre espèce, qui auraient quelque ressemblance avec eux. Les observations particulières et suffisamment détaillées forment donc la base de cette espèce d'ouvrage, et les réflexions qui les accompagnent ne peuvent avoir pour but que de faire ressortir les faits généraux qu'elles contiennent, ou d'en montrer la valeur par des rapprochemens naturels. Ceux qui veulent éclairer un point quelconque d'histoire citent à chaque pas leurs autorités, accompagnent leur récit de pièces justificatives : les faits particuliers sont-ils autre chose pour le médecin ? Et comment celui qui s'occupe d'une science toute pratique, pourrait-il se soustraire à l'obligation imposée à l'historien ?

Dans nos nouveaux, comme dans nos premiers Mémoires, nous avons été sobre de conséquences. Quelques personnes ont blâmé cette réserve ; mais ces personnes, nous n'en doutons pas, reviendront de leur manière de voir, car s'il n'y a de véritablement utiles que les conséquences rigoureuses, évidentes pour tout le monde (et celles-ci ne sont jamais nombreuses), à quoi bon multiplier les conjectures et les considérations qui n'ont pour base qu'un peu plus ou un peu moins de probabilités? Les à-peu-près n'enrichissent pas la science ; ce qui n'est que vraisemblable peut être vrai, peut être faux ; et il nous semble par cela même qu'il faudrait avoir sur les assertions médicales la manière de voir qu'avait Descartes sur les opinions philosophiques, et, comme lui, *regarder presque comme faux tout ce qui n'est que vraisemblable.* Pensée profonde, également applicable aux faits particuliers qui n'offrent pas toute l'exactitude qu'on doit exiger, et aux faits généraux qui ne se présentent pas avec le caractère de l'évidence.

DU

RAMOLLISSEMENT

AVEC AMINCISSEMENT,

ET DE LA DESTRUCTION

DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE L'ESTOMAC.

Nous avons souvent rencontré, à l'ouverture des sujets qui avaient succombé à des maladies chroniques, une lésion extrêmement grave de la membrane muqueuse de l'estomac. Cette lésion, qui consiste dans le ramollissement avec amincissement, et quelquefois dans la destruction complète d'une partie plus ou moins étendue de cette membrane, ne nous semble pas avoir été décrite; elle n'est cependant pas fort rare : on l'observe à un degré plus ou moins marqué sur la douzième partie des sujets environ, soit comme primitive, soit, et dans la plupart des cas, comme complication d'une maladie chronique : quelquefois latente, elle marche le plus souvent accompagnée de symptômes capables de la faire reconnaître, ou tout au moins soupçonner pendant la vie; et c'est cette dernière raison qui nous engage à communiquer dès à présent les observations que nous avons recueillies à l'hopital de la Charité, dans le service de M. Chomel.

Ire Observation.

Ramollissement, destruction de la membrane muqueuse de l'estomac dans son grand cul-de-sac et à sa face postérieure.

Une femme, âgée de cinquante-cinq ans, présentait tous les signes d'une luxation spontanée de l'articulation iléo-fémorale, à l'époque où elle fut admise, l'automne dernier, à l'hôpital de la Charité. Elle avait perdu l'appétit depuis assez long-temps, et l'anorexie était complète depuis un mois, quand elle fut prise de douleurs à l'épigastre, de nausées, de vomissemens de matières vertes et amères. Ces symptômes, et surtout la douleur, augmentèrent rapidement; l'opium de Rousseau, administré à doses successivement croissantes, et porté à quatre-vingts gouttes dans la journée, ne produisit aucun soulagement, et après vingt-cinq jours de souffrances, c'est-à-dire au quatrième mois de son entrée à l'hôpital, la malade mourut, sans avoir présenté de phénomènes cérébraux, sans la moindre altération des facultés intellectuelles.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes les poumons rougeâtres, un peu engoués en arrière et en bas, le cœur parfaitement sain, le foie volumineux, d'un rose clair, facile à déchirer, gras; la vésicule remplie d'une bile poisseuse, abondante et noirâtre; le pancréas et la rate dans l'état naturel; l'estomac distendu par des gaz, offrant deux aspects différens.

à sa face antérieure et dans le reste de son étendue. Dans la première partie, sa membrane muqueuse avait une couleur blanchâtre, une consistance et une épaisseur convenables : ailleurs elle était verdâtre, et cette couleur était interrompue par des plaques d'un blanc bleuâtre, traversées par des vaisseaux larges et vides, au-dessus et dans l'intervalle desquels cette membrane était demi-transparente, très-mince, et d'une mollesse comparable à celle d'un mucus un peu visqueux. Outre ces plaques, qui donnaient en quelque sorte aux parties où elles se trouvaient un coup d'œil pommelé, il y avait le long de la petite courbure une bande du même blanc bleuâtre, large d'un pouce, et dont la continuité n'était interrompue, par intervalles, que par quelques lignes verdâtres : la membrane muqueuse avait subi à son niveau l'altération indiquée, et était détruite complètement dans plusieurs points. Là où elle était verdâtre, elle avait moins de fermeté que d'ordinaire, et une épaisseur convenable. Le tissu sous-muqueux était sain; la membrane musculaire un peu molle peut-être, et plus mince que dans l'état ordinaire, dans la portion malade.

Rien n'était, comme on voit, plus facile à reconnaître que la lésion que nous cherchons à signaler. La partie de la membrane muqueuse qui en était le siége, se trouvait transformée en une sorte de mucus glaireux extrêmement mince, demi-transparent, qui laissait voir la couleur de la tunique sous-muqueuse, les vaisseaux qui rampent à sa surface, et donnait aux parties où on l'observait, à raison de cette demi-trans-

parence, un aspect blanc bleuâtre, qui était à-peu-près le même là où la membrane muqueuse était entièrement détruite, Au niveau de la partie malade, il y avait une dépression sensible, les vaisseaux étaient larges et vides, et, comme nous le verrons dans la suite, la plupart de ces caractères se trouvent réunis dans tous les cas où la lésion qui nous occupe, existe.

Les symptômes répondaient à la gravité du désordre : après avoir perdu plus ou moins complètement l'appétit pendant quatre mois au moins, la malade a des nausées, des vomissemens, des douleurs à l'épigastre ; ces symptômes acquièrent chaque jour plus de violence, les douleurs sont bientôt portées au point de ne pouvoir être calmées d'aucune manière, et après trois semaines de souffrances la malade meurt sans autre lésion que celle indiquée, et l'état graisseux du foie. Or, nous ne croyons pas que cette double lésion puisse faire naître des doutes sur celui des deux organes auxquels on doit attribuer les phénomènes observés; car, quand les faits s'expliquent facilement et naturellement par l'altération d'un viscère, il serait peu convenable de recourir aux sympathies. Nous n'ignorons pas que des médecins, d'ailleurs fort instruits, ont attribué au foie des vomissemens qui avaient tourmenté les malades long-temps avant la mort, quand, à l'ouverture du cadavre, ils ont trouvé une lésion plus ou moins grave du foie : mais nous pensons que peut-être ils n'auront été conduits à cette manière de voir, que par une observation incomplète ; que l'état du foie aura absorbé toute leur attention, et qu'ils n'en n'auront fait que fort peu à celui de l'estomac. Quoi qu'il en soit, nous croyons que dans le

cas dont il s'agit, on ne saurait reconnaître d'autre source des vomissemens que l'estomac, et les observations suivantes, en nous montrant les mêmes vomissemens dans le cas où le foie était sain, mettront la chose hors de doute.

IIe Observation.

Ramollissement, amincissement de la membrane muqueuse, à la face postérieure et dans le grand cul-de-sac de l'estomac, chez une femme atteinte de phthisie pulmonaire.

Une fille, âgée de vingt-trois ans, grande, bien développée, d'une constitution primitivement forte, mais affaiblie depuis quelque temps, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 12 mai 1823. Elle était fort sujette au rhume, crachait quelquefois du sang, avait des douleurs dans les articulations depuis l'enfance pour ainsi dire, et à l'épigastre depuis quelques années; des aigreurs après le repas, depuis quinze mois, et souvent de la diarrhée. Les douleurs dans les articulations l'avaient empêchée de travailler depuis plus de trois mois, et c'était pour y trouver du soulagement qu'elle était venue à l'hôpital, car alors elle toussait peu, ses douleurs à l'épigastre étaient modérées; l'appétit, quoique faible, n'avait pas entièrement disparu, elle n'avait pas de dévoiement, la maigreur était peu considérable. (Infusion de bourrache miellée, bain, un quart de portion.)

Dans les derniers jours de mars et les premiers d'avril, toux forte, crachats abondans. Le 10, aug-

mentation des douleurs à l'épigastre, langue large, humide, un peu rouge à la pointe ; appétit médiocre, sans soif; digestion assez facile, renvois fréquens, selles rares. (Application d'un emplâtre de poix de Bourgogne émétisé à l'épigastre, le reste de la prescription comme le premier jour.)

Du 28 avril au 11 mai, augmentation progressive des douleurs épigastriques; elles sont lancinantes, accompagnées d'ardeur, de soif intense, d'anorexie, de nausées avant comme après le repas, qui se composait uniquement, depuis quelques jours, de crêmes de riz. Le 11, légère hémoptysie, et à raison de l'aménorrhée qui existait depuis cinq mois, on prescrivit une saignée de pied, qui ne fut suivie que de peu de soulagement. Le 23, hémoptysie nouvelle, nausées, obligation de se découvrir quelquefois l'épigastre pour calmer l'ardeur dont il est le siége. (Solution de sirop de gomme, potion antispasmodique sans éther, diète absolue.)

Jusqu'au 20 juin, il y eut peu de changement, sinon que, peu après l'usage de la potion, la douleur et la chaleur à l'épigastre diminuèrent, pour reparaître ensuite, très-vives et sans cause connue. Du 10 au 20 juillet, coliques fréquentes, diarrhée, hémoptysie légère, nausées, chaleurs entremêlées de frissons, crachats pelotonnés, etc. (Solution de sirop de gomme, eau de Seltz.)

Du 26 juillet au 1er septembre, état presque stationnaire, alternative d'augmentation et de diminution des douleurs épigastriques, nausées parfois accompagnées de vomissemens, appétit variable d'un jour à l'autre, persistance de la céphalalgie après l'ap-

plication de quelques sangsues à la vulve. On joignit un quart de grain d'acétate de morphine aux moyens précédens, qu'on avait repris et quittés plusieurs fois; et d'après le degré de son appétit, la malade fut tantôt à la diète absolue, tantôt mangea quelques crêmes de riz, un œuf, ou un peu de volaille.

Le 1er septembre (l'acétate de morphine était suspendu depuis quelques jours), l'appétit devint meilleur, et le demi-quart de portion ne produisait pas de malaise ni d'étouffemens à l'épigastre, qui restait néanmoins toujours très-sensible à la pression. Le 9, sans cause connue, bouche amère, pâteuse, nausées, vomissemens, douleurs vives, chaleur à l'épigastre. Ces symptômes augmentèrent encore les jours suivans; la malade se découvrait pour calmer l'ardeur qu'elle éprouvait à la région de l'estomac, vomissait journellement une petite quantité de bile, toussait peu, avait beaucoup de coliques et de diarrhée, se dégoûtait de tout, ne prenait pas deux jours de suite la même tisane. (Emulsion avec le sirop de coing, potion gommeuse avec un quart de grain d'acétate de morphine.)

Le 3 octobre, augmentation de la diarrhée. (Lavemens avec dix gouttes de laudanum.) Depuis ce moment jusqu'à la mort, qui arriva le 31 du même mois, il y eut des douleurs à l'épigastre et des vomissemens de bile presque journaliers, mais peu abondans : la soif devint plus vive, et les boissons froides, qui avaient été repoussées jusqu'alors, furent recherchées avec empressement par la malade, qui finit par boire à la glace, puis par n'oser satisfaire sa soif, même avec de l'eau sucrée ou pure, dans la crainte des vomisse-

mens. L'anorexie ne fut pas constante, la diarrhée et les coliques devinrent chaque jour plus fortes, il y eut des lipothymies incomplètes, et la malade mourut dans le dernier degré de marasme, pour ainsi dire en pleine connaissance, n'ayant eu que quelques momens de délire dans les deux dernières nuits.

L'ouverture du cadavre fut faite vingt-quatre heures après la mort. On trouva une cuillerée de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau, la trachée-artère et le larynx sains; des excavations tuberculeuses peu considérables au sommet des poumons, le cœur dans l'état naturel; le foie volumineux, gras, friable et un peu mou; les reins et le pancréas sains; l'œsophage tapissé intérieurement par une sorte de fausse membrane pultacée. L'estomac avait un volume un peu au-dessus de celui qui lui est naturel, et offrait trois aspects différens : à sa face antérieure, la membrane muqueuse était d'un rose clair, et un peu mamelonnée; elle était blanche et d'une bonne consistance dans le voisinage du pylore, tandis que dans le reste de son étendue elle était d'un blanc bleuâtre, très-mince, très-molle, n'avait que la consistance d'un mucus glaireux, offrait une dépression très-sensible à sa réunion avec les parties saines ou mamelonnées; dans quelques points même, cette espèce de mucus glaireux paraissait manquer entièrement. Il y avait de nombreux et larges ulcères dans l'intestin grêle; le cœcum en offrait quelques-uns; la membrane muqueuse du colon était pâle et ramollie dans toute son étendue.

Quoique nous n'ayons pas indiqué l'état des vaisseaux placés au-dessous de la membrane muqueuse de l'estomac, l'identité de la lésion observée dans ce cas et dans celui qui précède, n'en est pas moins évidente. Dans l'un et dans l'autre, même mollesse, même amincissement, même transparence, même décoloration de la muqueuse, qui manque entièrement dans quelques points. Et par rapport aux symptômes, l'analogie n'est pas moins grande; car chez les deux sujets les nausées, les vomissemens, les violentes douleurs à l'épigastre, avaient été précédées, pendant un temps considérable, de dérangement dans les digestions, et ces accidens ont persisté avec plus ou moins de violence jusqu'à la mort; seulement, la marche de la maladie a été plus rapide dans le premier cas, plus lente dans le second : tels symptômes qui se sont développés simultanément chez l'une des malades, ont paru successivement chez l'autre; là, ils ont été continus; ici, ils ont offert des rémittences assez marquées; en sorte qu'on aurait pu croire, à une certaine époque de la maladie, que les fonctions digestives se rétablissaient, que l'estomac ne se trouvait pas en très-mauvais état. D'ailleurs, cette observation offre un intérêt particulier, à raison de la longueur du séjour de la malade à l'hôpital, de la facilité que nous avons eue de suivre sa maladie dans tout son cours, de noter ses momens de repos et d'exaspération, les alternatives de dégoût et d'appétit, les caprices de l'estomac qui, dans les derniers temps, ne pouvait supporter les mêmes boissons deux jours de suite, et son extrême susceptibilité, que nous n'avons jamais rencontrée au même point. Malgré des dou-

leurs souvent très-vives et un malaise presque continuel, la malade conservait une partie de la gaîté qui lui était naturelle, et ses forces n'étaient pas tellement abattues qu'elle ne se promenât encore un peu dans les salles de l'hôpital, quelques jours avant sa mort.

IIIe Observation.

Ramollissement, amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac dans son extrémité diaphragmatique, chez un phthisique.

Un espagnol, âgé de quarante ans, d'une constitution forte, avait eu, depuis dix ans, plusieurs maladies vénériennes qui semblaient avoir été bien traitées. Comme il avait néanmoins des ulcères aux jambes, qui récidivaient continuellement, on lui fit, au mois d'avril dernier, un nouveau traitement mercuriel, qu'on interrompit au quarantième jour, par suite d'un sentiment de constriction très-pénible à la partie inférieure de la poitrine. Les ulcères n'étaient pas encore entièrement cicatrisés quand le malade fut admis à l'hôpital de la Charité, le 22 septembre 1823. Alors il nous apprit qu'il toussait et crachait sans interruption depuis quatre ans, que ses digestions étaient pénibles, et son appétit très-sensiblement diminué depuis cinq; qu'il avait commencé à maigrir à la même époque; qu'il était tourmenté depuis cinq semaines par une diarrhée abondante; que les selles étaient quelquefois sanguinolentes, et la soif très-vive depuis quinze jours.

Le 23 octobre, il était dans l'état suivant : sentiment de faiblesse très-marqué, ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres; langue large, humide, villeuse, peu colorée, appétit très-faible, bouche pâteuse, soif vive; selles liquides, nombreuses, quelquefois sanguinolentes, accompagnées de coliques sourdes; pouls accéléré, frissons fréquens, crachats verdâtres et épais. (Décoction de riz avec le sirop de coing, infusion de lichen, potion gommeuse; un gros de diascordium, deux fois; deux crêmes de riz, deux laits de poule.)

Le 1er octobre et les jours suivans, nausées dès que le malade prend du bouillon ou des laits de poule; le 8, douleurs vives par tout le ventre et surtout à l'épigastre; c'était, suivant le malade, *dans ce dernier point qu'était tout son mal;* il n'y avait point de chaleur locale. Le 23, la diarrhée et l'anorexie restant les mêmes, la douleur épigastrique était accompagnée de chaleur qu'un peu de crême de riz augmentait encore; la langue était naturelle au pourtour, villeuse au centre; le malade ne trouvait un peu de calme qu'en gardant une diète absolue : le pouls était petit et faible, à quatre-vingt-seize pulsations; la toux peu fréquente, la perte des forces considérable. (Décoction de riz avec le sirop de coing, diascordium avec un demi-grain d'opium, deux fois; trois crêmes de riz.)

Du 24 au 26, nausées fréquentes, douleurs, sentiment continuel d'embarras à l'épigastre. Le 28, les crachats étaient un peu souillés de sang. Les 29 et 30, retour des nausées, défaillance incomplète et de longue durée, persistance de la douleur à l'épigastre.

A compter du 1er jusqu'au 6 novembre, jour de la

mort, l'affaissement fit des progrès continuels, et l'on s'attendait, d'un moment à l'autre, à voir finir le malade : on ajouta à la prescription précédente une potion tonique, avec dix gouttes de laudanum, et une tasse de vin.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort. Le cadavre ayant été injecté pour les dissections, le cerveau ne fut pas ouvert. On trouva la trachée-artère, et surtout les bronches, d'un rouge très-foncé, leurs grosses divisions élargies, leurs anneaux cartilagineux épaissis; les poumons d'un rouge brun, parsemés d'un grand nombre de granulations tuberculeuses grisâtres, sans excavations : le cœur sain, le foie ecchymosé à son bord postérieur, d'une consistance médiocre; la rate triplée de volume, dure et friable, grasse au toucher : les reins, le pancréas, la vessie, l'œsophage dans l'état naturel : l'estomac, d'un petit volume, offrant dans son grand cul-de-sac des marbrures d'un rouge brun, dans l'intervalle desquelles la membrane muqueuse était blanche, ramollie et amincie. A sa face antérieure, immédiatement au-dessous du cardia, et dans la hauteur de trois pouces, il avait une couleur blanc bleuâtre, résultat de l'amincissement de sa membrane muqueuse, réduite, en cet endroit, à l'épaisseur de celle du colon, et à la consistance d'un mucus peu visqueux, demi-transparent. Les tuniques celllulaire et musculaire correspondantes n'offraient rien de remarquable. La membrane muqueuse de l'intestin grêle et du colon était ramollie; elle offrait de larges et nombreuses ulcérations dans ce dernier.

Encore la même lésion que dans les précédentes observations, aussi ne nous y arrêterons-nous pas. Nous remarquerons seulement qu'elle occupait la plus grande partie de la face antérieure de l'estomac, qu'elle y était plus prononcée que dans le grand cul-de-sac, et que cette circonstance repousse l'idée que l'on pourrait avoir d'attribuer aux liquides qui séjournent dans la grosse extrémité de l'estomac une influence considérable sur la production de la maladie que nous étudions. D'ailleurs, sa marche a été la même que dans les deux premiers cas; les digestions avaient été dérangées pendant long-temps, le malade avait maigri quand il commença à éprouver des nausées, des douleurs à l'épigastre, etc.

IVe OBSERVATION.

Amincissement et ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac dans ses trois quarts supérieurs, chez une femme atteinte de phthisie pulmonaire.

Une domestique, âgée de trente-deux ans, d'un caractère vif et gai, dont la constitution avait été très-forte, vint à l'hôpital de la Charité, le 6 mai 1823. Elle était malade depuis treize mois, et avait perdu dans les trois années antérieures, sans en connaître la cause, une partie de son embonpoint et de son appétit. Dans *le premier mois* de sa maladie, nausées fréquentes, vomissement de presque tous les alimens, anorexie, soif, douleurs à l'épigastre, cha-

leur brûlante. Ces symptômes, à l'exception des vomissemens, continuèrent plus ou moins fort, jusqu'au cinquième mois à partir du début, sans obliger la malade à quitter ses occupations. A cette époque, on la conduisit à la campagne, où elle recouvra un peu d'appétit; mais à peine de retour à Paris, elle fut obligée d'entrer dans un hôpital; elle y conserva encore pendant deux mois quelqu'appétit, après quoi les phénomènes gastriques se prononcèrent avec intensité, l'anorexie fut complète, les nausées et les vomissemens devinrent fréquens; la chaleur et la soif, qui n'avaient jamais quitté, furent considérables, et la malade ne put prendre que des boissons très-froides. La toux, qui avait commencé un mois *après* le début des vomissemens, avait continué sans interruption, accompagnée de crachats plus ou moins abondans, et quelquefois d'hémoptysie.

Le 7 mai, l'émaciation était considérable, la figure sans autre expression que celle qui dépend de la maigreur; point de céphalalgie, et il n'y en avait pas eu depuis le début : la langue était dans l'état naturel, la soif extrême, au point que la malade buvait de huit à neuf pintes de tisane dans les vingt-quatre heures, la bouche amère, l'anorexie complète : la toux excitait les nausées, quelquefois il y avait des vomissemens; l'épigastre était tendu, douloureux, surtout à la pression; la diarrhée, qui existait depuis six mois, considérable; le pouls médiocrement accéléré, les crachats puriformes, la pectoriloquie évidente, la faiblesse extrême. (Tisane de riz avec le sirop de gomme, potion gommeuse, trois demi-crêmes de riz, un lait de poule.)

Les mêmes symptômes continuèrent en prenant plus d'intensité. Le 17, les douleurs épigastriques étaient accompagnées d'une chaleur locale très-intense; la *malade disait que sa maladie n'avait jamais été ailleurs qu'à l'épigastre.* (Décoction blanche, décoction de riz avec le sirop de gomme, potion gommeuse avec un grain d'opium.)

Pas de changement notable les jours suivans; l'anorexie, les nausées et les vomissemens furent à-peu près les mêmes, et la langue, dont la couleur avait quelquefois varié, était dans l'état naturel. Dans la journée du 27, la malade annonça ne plus éprouver de douleurs, fut une grande partie du temps à son séant, chantait à très-haute voix pour exprimer son bonheur; le soir, elle se disait toujours très-bien, mais le défaut de force l'empêchait de témoigner sa joie d'une manière aussi bruyante, et à minuit elle expira.

L'autopsie cadavérique ayant été faite le surlendemain, on trouva le cerveau, la trachée-artère et le larynx en bon état, le cœur un peu mou, l'œsophage dans l'état naturel, l'estomac très-distendu, contenant un liquide couleur de café au lait; sa membrane muqueuse d'un blanc pâle, extrêmement mince jusqu'à trois pouces du pylore, d'une mollesse diffluente, comme glaireuse, et vergetée d'un grand nombre de lignes brunes qui existaient dans toute l'étendue de la lésion; le duodénum un peu rouge, une foule de petits ulcères, dont quelques-uns tuberculeux, dans l'intestin grêle et dans le colon; la membrane muqueuse de ce dernier un peu ramollie.

Ici, la lésion de la membrane muqueuse de l'estomac ne frappait pas au premier aspect, et faute d'un examen attentif, on aurait pu facilement la méconnaître. La couleur blanc bleuâtre n'existait pas, ce qui tenait à un défaut de transparence, que personne, sans doute, ne regardera comme une circonstance assez grave pour admettre une différence réelle dans deux états, d'ailleurs si exactement les mêmes. Nous verrons, dans quelques-unes des observations suivantes, des différences de couleur encore plus considérables, sans qu'il soit possible d'en conclure une différence réelle dans la nature de la maladie observée. Sans donc insister davantage sur ce point, nous remarquerons que la lésion avait une étendue considérable, occupait les trois-quarts supérieurs de l'estomac; que les symptômes qu'on peut lui attribuer ont la plus grande ressemblance avec ceux qui ont été observés jusqu'ici; que sa marche a été lente et véritablement rémittente. Nous croyons, en effet, devoir faire remonter son début à l'époque où, après avoir maigri et perdu un peu de son appétit pendant plusieurs années, la malade fut prise de nausées, de vomissemens, etc. Et, par rapport au retour de l'appétit, lors du séjour de la malade à la campagne, nous n'y voyons qu'une amélioration passagère, effet le plus ordinaire du repos, du régime, du changement d'habitude et de lieu; en sorte qu'il y aura eu dans ce cas une rémittence de trois à quatre mois, comme nous l'avons vu pour beaucoup moins de temps, il est vrai, chez la malade qui fait le sujet de l'observation précédente; et ceci est d'autant plus probable, que pendant cette époque

la chaleur et la soif ont continué d'une manière incommode. Ce qu'il convient encore de signaler ici, c'est le peu d'affaiblissement auquel l'affection avait donné lieu dans sa première période, puisque la malade n'en continuait pas moins alors des occupations assez pénibles, ce que les faits suivans nous permettront encore de remarquer.

Ve Observation.

Amincissement, ramollissement, décoloration de la membrane muqueuse de l'estomac, à gauche du cardia, dans une surface de cinq pouces, chez une femme atteinte de phthisie pulmonaire.

Une couturière, âgée de quarante-deux ans, d'une constitution médiocrement forte, ayant depuis plusieurs années des digestions assez pénibles, éprouvait depuis quinze mois tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, quand elle fut admise à l'hôpital de la Charité, le 3 juin 1823. Elle avait maigri, vomissait presque tout ce qu'elle prenait, était sans appétit, avait des frissons et des sueurs presque continuels depuis quatre mois. Depuis trois seulement, elle était tourmentée par des douleurs, des picotemens à l'épigastre et une diarrhée abondante, éprouvait, par intervalles, des étouffemens qui l'obligeaient à se mettre à son séant : ses crachats n'étaient épais que depuis quelques semaines, elle n'avait pas discontinué ses occupations.

Le 9 juin, humeur douce et gaie, teint un peu jaunâtre, maigreur médiocre, un peu de céphalalgie, fatigues dans les membres, anorexie presque com-

plète, digestion lente, épigastre très-sensible à la pression, langue naturelle, soif médiocre. La malade ne pouvait supporter que les boissons froides; les selles étaient rares depuis quelques jours, le pouls calme, les crachats mousseux, verdâtres, quelques-uns épais, la pectoriloquie évidente. (Infusion de polygala avec le sirop de gomme, potion gommeuse, julep, trois crêmes de riz, trois bouillons.)

Les jours suivans, l'appétit revint un peu, mais fut très-variable; la soif augmenta, les selles devinrent liquides et fréquentes; les autres symptômes ne changèrent pas sensiblement.

Du 18 au 20, nausées presque continuelles, anorexie complète, augmentation de la diarrhée. (Décoction blanche, diascordium, potion gommeuse avec le sirop diacode, deux crêmes de riz.)

Du 20 au 24, les nausées cessèrent, l'appétit revint, et à compter de ce dernier jour jusqu'au 20 juillet, la malade fut au quart de portion, n'éprouvant après le repas qu'un peu de pesanteur à l'épigastre, sans nausées.

Le 20 juillet, elle eut tout-à-coup de l'étouffement, et des vomissemens bilieux, sentit une douleur vive à la partie moyenne de la colonne dorsale, et ces accidens, accompagnés d'anxiété et de toux (celle-ci exaspérait la douleur à l'épigastre), prirent successivement plus d'intensité. Le 21, tout le côté droit de la poitrine était douloureux et très-sonore, on n'y entendait pas la respiration, la figure était altérée, le pouls et la respiration très-précipités, la langue naturelle. L'anxiété alla toujours croissant, et la malade mourut le 23 à midi, après les plus cruelles an-

goisses, interrompues par un assoupissement de peu de durée.

L'autopsie fut faite vingt heures après la mort. Le cadavre offrait le deuxième degré de marasme : la substance corticale du cerveau était un peu rosée, le tissu sous-arachnoïdien infiltré ; la trachée-artère et le larynx dans l'état naturel ; le poumon droit déprimé par des gaz qui, avec une petite quantité de sérosité trouble, remplissaient, en grande partie, la cavité correspondante de la poitrine. Il y avait à son bord postérieur une petite excavation tuberculeuse ouverte dans la cavité des plèvres, et on en trouvait d'autres encore au sommet des deux poumons. Le cœur était sain, le foie volumineux, plus rouge que de coutume ; il occupait l'épigastre et recouvrait l'estomac. L'œsophage était dans l'état normal, l'estomac un peu rétréci, tapissé de mucus épais ; il offrait antérieurement, près du cardia, une plaque blanche et bleuâtre de quatre à cinq pouces de surface, sur laquelle se trouvait une lame très-mince d'une sorte de mucus qui se continuait avec la membrane muqueuse environnante ; celle-ci était rosée, manifestement épaissie, bourgeonnée à droite, rouge, mince, ramollie à gauche dans une certaine étendue, et augmentait successivement d'épaisseur et de consistance, à mesure qu'on s'éloignait de la plaque blanche. Ailleurs, elle était d'un rose tendre. Près du pylore, on voyait des bandes d'un pouce de long sur deux ou trois lignes de large, un peu rugueuses et d'un rouge vif, avec amincissement de la membrane muqueuse. Le duodénum était sain ; la muqueuse de

l'intestin grêle un peu rouge, d'une épaisseur et d'une consistance naturelles : celle du colon était rouge, ramollie, et offrait quelques petites ulcérations. Les autres viscères de l'abdomen étaient dans l'état naturel.

Le pneumothorax, qui a causé la mort et arrêté la maladie dans son cours, donne à cette observation un intérêt particulier, en nous permettant de vérifier nos premières remarques et d'en faire de nouvelles. Nous retrouvons en effet ici, comme précédemment, la membrane muqueuse ramollie, amincie et décolorée dans une certaine étendue, et l'estomac offrant, dans ce point, un coup d'œil blanc bleuâtre; mais à droite de cette lésion, cette membrane a une couleur rose, est manifestement épaissie, d'une bonne consistance, tandis qu'à gauche, tout en ayant à-peu-près la même mollesse et la même ténuité qu'au niveau de la plaque blanche, elle est d'un rouge vif. Croirons-nous que ces trois lésions d'une même membrane, continues les unes aux autres, soient de nature différente; que l'une soit la suite d'une inflammation chronique, l'autre d'une inflammation aiguë, et que la troisième, celle qui consiste dans l'amincissement avec ramollissement et décoloration de la membrane muqueuse, dépende d'une autre cause? ou bien, penserons-nous que ces lésions d'apparence si différente, sont le résultat d'une même maladie, aux diverses époques de son existence? Quoi qu'il en soit de la solution de ces questions, nous observerons que l'appétit, qui avait presqu'entièrement disparu à l'époque des vomissemens,

était encore très-faible lors de l'entrée de la malade à l'hôpital ; qu'il reparut quelques jours après, quoiqu'à un faible degré ; que pendant trois semaines cette malade mangea le quart de portion, sans en éprouver d'autres inconvéniens qu'un peu de pesanteur à l'épigastre après le repas ; qu'à cette époque, la mort arriva presque subitement par suite d'un pneumothorax; qu'à raison de la rapidité des accidens, il n'est pas présumable que la lésion observée ait été produite à compter de l'époque à laquelle la malade cessa de manger ; que dès-lors il faut admettre que le quart de portion était très-passablement digéré, par un estomac dont la structure était profondément altérée. D'où nous concluons que le rétablissement incomplet des fonctions digestives, même pendant un espace de temps considérable, ne doit pas donner beaucoup de sécurité au médecin, quand ces fonctions ont été dérangées long-temps, et que les symptômes indiqués ont eu lieu. Ce fait confirme encore ce que nous avons dit au sujet de la rémission observée chez la femme qui est l'objet de la quatrième observation.

VIe Observation.

Ramollissement et amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac dans la plus grande partie de son étendue, chez une femme atteinte d'un cancer de l'utérus.

Une femme âgée de soixante ans, vive, intelligente, et ordinairement bien portante, éprouvait depuis six mois tous les symptômes qui accompagnent le cancer

de l'utérus, quand elle vint à l'hôpital de la Charité le 29 juin 1822. Elle avait maigri et perdu la meilleure partie de son appetit depuis cinq mois ; la langue était un peu rouge à la pointe, le ventre indolent, à l'épigastre excepté ; les selles rares, l'écoulement par la vulve médiocrement abondant, le pouls calme : il y avait un peu de toux depuis quelques jours. (Tisane d'orge avec le sirop de gomme et le jus de citron, infusion de coquelicot édulcorée, injection narcotique, bain, demi-quart de portion.)

A l'exception d'une petite perte en rouge qui fit suspendre les bains, l'état de la malade fut à-peu-près le même les jours suivans. Le 8 juillet, bouffées de chaleur à la face, augmentation de la soif, et deux jours après, frissons suivis de chaleur et de sueur, douleurs, étouffemens à l'épigastre. Le 22, mêmes symptômes accompagnés de selles nombreuses et de quelques épreintes. Le 27, céphalalgie, nausées, vomissemens, alternatives de chaleur et de froid. Le 28, langue un peu rouge à la pointe, anorexie complète, pouls à peine accéléré, faiblesse extrême, douleurs vives à l'épigastre; dans la journée il y eut douze vomissemens de matière bilieuse, et un grand nombre de déjections alvines de même nature. (Décoction blanche avec le sirop de gomme, julep, cinq bouillons.)

Du 29 au 30, même état, et en outre, sentiment de chaleur très-prononcé à l'épigastre. (Solution de sirop tartareux, lavemens de lin et de pavot avec dix gouttes de laudanum, *bis*; un lait de poule.)

Le 1er août la faiblesse était extrême, la malade comme anéantie, les facultés intellectuelles dans un

parfait état d'intégrité ; les vomissemens et la diarrhée continuaient; le pouls était régulier, à peine accéléré. Le 3, légère diminution dans la violence des symptômes. Ils persistent les cinq jours suivans; mais le 8, la pression abdominale ne produisait plus de douleurs, et le 11, après deux jours d'un affaiblissement toujours croissant, c'est-à-dire, un mois après le début des douleurs à l'épigastre et des frissons, la malade expira, pour ainsi dire sans agonie et sans délire.

A l'examen du cadavre, qui eut lieu seize heures après la mort, on trouva le cerveau sain, deux cuillerées de sérosité à la base du crâne, le cœur et les poumons dans l'état naturel; le foie un peu volumineux et gras, les reins et la rate en bon état; l'estomac rétréci et généralement un peu rose à sa face interne. Sa membrane muqueuse avait une consistance et une épaisseur à-peu-près naturelles près du cardia, dans une certaine étendue, et partout ailleurs la ténuité de celle du colon, et la consistance du mucus ou à peu de chose près. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était un peu rouge dans le voisinage du cœcum; celle du colon était pâle et très-ramollie dans toute sa longueur. Le col de l'utérus avait deux pouces et demi de diamètre, et était formé d'une espèce de détritus filamenteux dont les mailles contenaient une matière blanche pulpeuse, opaque, comme crêmeuse.

C'est encore après avoir maigri et perdu plus ou moins complètement l'appétit pendant cinq mois, que la malade éprouva des nausées, des vomisse-

mens, des douleurs à l'épigastre, en un mot, tous les symptômes observés jusqu'ici ; seulement ils marchèrent avec plus de violence que dans la plupart des autres cas, et rapprochent plus particulièrement cette observation de la première, dont elle ne diffère sensiblement que par l'aspect de la membrane muqueuse. Dans ces deux cas, il est vrai, on la trouve plus ou moins ramollie et amincie ; mais elle est pâle et décolorée dans le premier, tandis qu'elle est d'un rose tendre dans le second. Nous verrons plus tard que cette différence de couleur ne doit pas empêcher de reconnaître l'identité de la lésion qui nous occupe, en sorte que nous pouvons, dès à présent, considérer les deux observations dont il s'agit, comme parfaitement semblables, sous le double rapport des symptômes et de la nature de l'altération de l'estomac.

VIIe Observation.

Ramollissement et amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, près du pylore et du cardia, chez un sujet atteint de pleurésie et de phthisie.

Un imprimeur, âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution assez forte, ayant les épaules larges et les membres bien développés, fut pris de douleurs au côté gauche de la poitrine, avec les autres symptômes d'une pleurésie aiguë, le 28 octobre 1822. Il avait fait, huit jours avant le début de cette affection, des excès de vin et d'eau-de-vie, répétés trois jours de

suite : ces excès avaient été suivis et accompagnés de dégoût, d'anorexie, de malaise; des nausées s'y étaient jointes peu après le développement des premiers symptômes de la pleurésie, accompagnées de pesanteur et d'étouffement à l'épigastre.

Le malade fut admis à l'hôpital de la Charité le 4 novembre; le surlendemain il était dans l'état suivant. Céphalalgie sus-orbitaire, sentiment de faiblesse, langue blanchâtre, bouche pâteuse et amère, nausées en buvant, désir des boissons tièdes, oppression à l'épigastre, constipation, chaleur élevée; pouls à quatre-vingt-quatre pulsations par minute; douleur vive à la région précordiale et au rebord des fausses côtes correspondantes, percussion matte dans tout le côté gauche de la poitrine, égophonie en arrière, quelques crachats verdâtres et liquides. (Soixante sangsues sur le côté gauche de la poitrine, saignée de dix onces le soir, tisane d'orge avec le sirop de gomme, potion gommeuse, diète absolue.)

Les sangsues enlevèrent presque subitement la douleurs, et la saignée ne fut suivie que de beaucoup de faiblesse : le lendemain, il y eut quelques frissons dans la journée. Le 8, on appliqua un vésicatoire de cinq pouces sur le côté malade. Jusqu'au 17, peu de changement; le malade se plaignit de temps à autre de douleur à l'épigastre, eut des renvois nombreux et des frissons tous les jours. Le 17, nausées fréquentes, diarrhée. Le 1er. décembre, langue nette, soif peu considérable, appétit commençant, pouls à soixante-douze, respiration à vingt-deux par minute, assez facile, bien que les résultats de la percussion et de l'auscultation fussent à-peu-près les mêmes que le pre-

mier jour. (Tisane de chiendent avec le sirop de gomme, potion gommeuse, deux demi-crêmes de riz et trois bouillons.) L'appétit se soutint les jours suivans, et on ordonna, outre les crêmes de riz, un œuf frais avec un peu de pain.

Du 15 au 23, anorexie, renvois fréquens sans douleur à l'épigastre, toux rare, pouls peu accéléré; le sujet ne se plaignit que d'une grande faiblesse, et eut pour tout aliment trois demi-crêmes de riz dans la journée. Le 25, la langue était assez nette, et l'appétit reparaissait. Le 4 janvier, après avoir rêvé qu'il vomissait du sang, le malade se réveilla avec de vives douleurs à l'épigastre, des nausées et des vomissemens; et ces symptômes continuèrent sans interruption, avec plus ou moins de violence jusqu'au 13. Pendant ces neuf jours, la langue fut large et humide, un peu blanchâtre au centre, la soif vive; il n'y eut pas de douleurs dans les membres, la faiblesse fut extrême. Les nausées continuèrent jusqu'à la mort, qui arriva le 19, et les douleurs à l'épigastre jusqu'au 18; les crachats devinrent plus visqueux, la respiration plus accélérée. On avait continué, depuis le mois de décembre, la tisane de chiendent miellée et la potion gommeuse.

Lors de l'autopsie cadavérique, qui fut faite trente-six heures après la mort, on trouva le tissu sous-arachnoïdien très-infiltré, le cerveau un peu injecté, ses ventricules latéraux dans l'état naturel : le poumon droit presque complètement hépatisé dans toute son étendue, le gauche flasque et privé d'air, parsemé, comme le droit, d'une foule de granulations miliaires, en-

touré d'une fausse membrane dédoublée en partie, et contenant dans sa duplicature une demi-pinte de sérosité bien claire : six onces du même liquide dans le péricarde : la membrane muqueuse de l'œsophage recouverte d'une fausse membrane pultacée, dans toute son étendue. Près du cardia et du pylore, dans une hauteur de deux pouces et demi, et dans tout le pourtour de l'estomac, sa membrane muqueuse était grisâtre, très-molle et très-mince, en sorte qu'il y avait une différence de niveau aussi sensible à l'œil qu'au toucher, entre ces parties et celles qui les environnaient. Entre ces deux portions amincies et ramollies, la membrane muqueuse était d'un rouge assez vif, inégale, mamelonée, ferme, épaissie, couverte d'un mucus très-visqueux. La rate était très-molle, les autres viscères sains.

La teinte grisâtre de la partie de la membrane muqueuse ramollie et amincie, sa dépression qui était si sensible, l'absence de mucus à sa surface, tandis qu'il était si abondant ailleurs, tout rendait la lésion si évidente, qu'elle n'aurait pas échappé à la plus médiocre attention. Son siége autour du cardia et près du pylore où nous ne l'avions pas encore observée, mérite d'être remarqué. Une autre circonstance encore digne de quelque attention, c'est l'aspect inégal, mameloné, de la muqueuse, dans les parties intermédiaires à la lésion, parce que cet aspect semble, comme nous le verrons plus tard, un des résultats de l'inflammation, que la cause apparente de la maladie a été l'une de celles auxquelles on attribue le plus

communément la gastrite, et que ce double fait peut être de quelque valeur pour apprécier la nature de la lésion dont il s'agit.

Jusqu'ici nous n'avons observé *la destruction complète* de la membrane muqueuse de l'estomac que dans une petite étendue ; l'observation suivante nous la montrera dans les trois-quarts de la surface de ce viscère, sans que les symptômes aient été proportionnés à un si énorme désordre.

VIII[e] Observation.

Destruction de la membrane muqueuse de l'estomac dans les trois-quarts de son étendue.

Une femme de chambre, âgée de quarante ans environ, fut reçue à l'hôpital de la Charité, le 5 octobre 1823, et y mourut le surlendemain, sans avoir pu rendre compte de son état. Nous apprîmes, des personnes avec lesquelles elle demeurait, qu'elle avait toujours été très-sobre, qu'elle maigrissait, que son appétit avait diminué, qu'elle ne pouvait supporter que les alimens d'une digestion facile, et en petite quantité, depuis neuf mois ; que depuis un an elle se plaignait d'une sensation pénible à l'épigastre et qu'elle comparait à une barre ; que cette sensation était devenue un peu moins incommode depuis un mois, sans que l'appétit en fût meilleur; que cette femme avait eu quelquefois des nausées sans vomissement, de la constipation, et depuis un mois un peu de toux ; qu'elle n'avait pas discontinué ses occupa-

tions, et ne s'était mise au lit que la veille de son entrée à l'hôpital.

L'ouverture du cadavre fut faite trente-six heures après la mort. La maigreur était fort médiocre, le cœur sain et d'un bon volume; le poumon gauche contenait quelques granulations tuberculeuses à son sommet; le foie et la rate étaient sains, l'estomac un peu plus volumineux que dans l'état naturel. A l'intérieur, il avait une couleur d'un blanc bleuâtre, présentait un grand nombre de vaisseaux larges et vides dans les trois-quarts de son étendue, et sa membrane muqueuse était entièrement détruite dans cette partie. Là où elle existait, c'est-à-dire à la face antérieure de l'estomac, dans la largeur de trois pouces, et près du pylore dans tout son pourtour, elle s'amincissait sur ses bords. Le tissu sous-muqueux, qui répondait à la portion de membrane muqueuse détruite, avait une épaisseur et une consistance convenables, et dans le même point, la tunique musculaire était mince et *peut-être* plus molle que d'ordinaire; les intestins étaient distendus par des gaz, leur membrane muqueuse dans l'état naturel.

Soit qu'on ait égard à l'état anatomique des parties, soit que l'on considère les symptômes observés, rien n'est assurément plus digne d'intérêt que cette observation. On conçoit à peine qu'une destruction beaucoup moins étendue de la membrane muqueuse de l'estomac soit compatible avec la vie, et l'on ne peut que s'étonner de l'extrême bénignité des symp-

tômes. Sans doute un médecin attentif appelé près de la malade, dans les derniers jours de la vie, aurait pu, en considérant la longue durée de la diminution de l'appétit, les nausées, etc., soupçonner une gastrite chronique, qui n'aurait pas encore porté une atteinte irremédiable aux tissus de l'estomac : mais comment imaginer un désordre aussi étendu et aussi profond chez une femme qui n'avait pas été alitée, qui n'avait maigri que très-médiocrement, qui n'avait pas cessé, un seul jour, de travailler depuis neuf mois! Cependant, malgré la faiblesse des symptômes, le siége du mal était indiqué par la douleur qui existait depuis un an à l'épigastre, l'anorexie et les nausées. Une douleur obtuse, mais fixe, à l'épigastre, pendant un espace de temps considérable, jointe à une perte incomplète d'appétit, à des nausées, doit donc exciter de graves inquiétudes dans l'esprit du médecin, et lui inspirer beaucoup de réserve dans le pronostic. Toutefois, ces symptômes ne différaient guères que par leur bénignité de ceux que nous avons observés jusqu'ici, et l'on peut croire que cette bénignité était due, en partie du moins, à la vie douce et régulière de la malade, à l'absence de toute espèce d'excès, pour lesquels elle avait toujours eu de l'éloignement, peut-être aussi à l'état de simplicité de l'affection.

Les deux observations suivantes, en offrant des exemples de ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'œsophage et de l'estomac, nous montrent une lésion analogue dans les tissus correspondans.

IXe Observation.

Ramollissement, amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'œsophage, avec altération correspondante des tissus sous-jacens, chez un phthisique.

Un horloger, âgé de dix-neuf ans et demi, d'une constitution délicate, ayant les cheveux roux, la peau blanche, une sensibilité très-vive et un caractère décidé, vint à l'hôpital de la Charité le 29 octobre 1823. Il toussait et crachait depuis quatre mois, avait eu tous les jours, pendant le mois de septembre et vers le soir, des frissons qui n'avaient pas reparu ensuite; l'appétit avait été bon, la digestion facile jusqu'à la mi-octobre, à moins que le malade ne dépassât une demi-livre de pain, auquel cas il avait de la pesanteur à l'épigastre : depuis, l'anorexie était complète, il avait des nausées ordinairement provoquées par la toux, et une céphalalgie assez forte. La veille de son entrée à l'hôpital, la faiblesse était devenue si considérable qu'il s'était laissé tomber au milieu de la rue.

Le 30 octobre au matin, céphalalgie intense, intégrité des facultés intellectuelles, mémoire sûre, expression de la physionomie naturelle, langue large, humide, nette, soif vive, anorexie complète, épigastre indolent : pouls accéléré, petit et faible; pectoriloquie évidente au sommet du poumon gauche, crachats verdâtres, selles peu nombreuses et liquides. (Décoction de riz avec le sirop de gomme, potion gommeuse, trois crêmes de riz, œuf.)

Le 2 novembre, abattement, réponses tardives, et seulement par oui et par non: il y avait eu un peu de délire pendant la nuit.

Le 3 au matin, le délire avait cessé, mais on pouvait à peine arracher une réponse au malade qui, à force de sollicitations, finissait par accuser une douleur obtuse à la tête; il ne pouvait s'aider en rien, tant la faiblesse était grande, et il fut toute la journée dans un assoupissement profond. Le lendemain, les membres étaient contractés spasmodiquement, les pupilles dilatées, la perte de connaissance complète, la figure égarée, la respiration plaintive: on prescrivit des sangsues aux oreilles, etc., et le soir à huit heures le malade mourut.

L'examen du cadavre fut fait trente-six heures après la mort. On trouva tout l'hémisphère gauche du cerveau et celui du cervelet beaucoup moins consistans que ceux du côté droit, la voûte à trois piliers ramollie et comme pultacée en certains points, la membrane séreuse du ventricule gauche épaissie, deux cuillerées de sérosité dans ce ventricule, et un peu moins dans celui du côté opposé; la trachée-artère rouge; quelques excavations tuberculeuses dans le poumon gauche; le cœur un peu volumineux; le pancréas, le foie, la rate et les reins dans l'état naturel; la membrane muqueuse de l'œsophage extrêmement mince et ramollie inférieurement, où elle offrait des bandes verticales bleuâtres ou brunâtres, séparées par des espaces très-étroits dans lesquels elle conservait la couleur, la consistance et l'épaisseur qui lui sont naturelles. Les parois de l'œsophage qui cor-

respondaient à la lésion étaient très-minces et faciles à déchirer. L'estomac contenait une petite quantité de liquide, et dans tout le pourtour de sa moitié supérieure, la petite courbure exceptée, sa membrane muqueuse était pâle, excessivement mince et ramollie, comme glaireuse, grisâtre dans quelques points, demi-transparente, de manière à donner à cette partie un coup d'œil bleuâtre. Les tissus sous-jacens étaient ramollis et se laissaient déchirer beaucoup plus facilement que dans l'état naturel. Le reste de la membrane était un peu inégal et mamelonné.

Sans nous appesantir sur la propagation du ramollissement de la membrane muqueuse de l'œsophage à ses autres tissus, nous remarquerons que ce ramollissement est le plus latent de ceux que nous avons observés jusqu'ici; que c'est le seul cas où les douleurs à l'épigastre aient manqué; que rien n'a été négligé pour s'assurer de l'existence de ce symptôme, et que son absence est d'autant plus remarquable, que le sujet avait une sensibilité très-développée. Peut-être voudra-t-on expliquer le fait, en disant qu'à l'époque de son entrée à l'hôpital, le malade était sous l'influence d'un ramollissement commençant du cerveau, et qu'alors ses sensations devaient être obtuses : mais l'intégrité de l'intelligence, et en particulier de la mémoire, repousse cette explication, en sorte qu'il faut se borner à l'observation du fait, sans chercher à l'expliquer davantage qu'on n'explique un ramollissement latent du cerveau, ou une péripneumonie du même caractère.

Xe Observation.

Ramollissement et destruction de la membrane muqueuse de l'œsophage et de l'estomac, dans une certaine étendue, avec ramollissement des tissus subjacens.

Un tisserand, âgé de dix-sept ans, bien développé, d'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatique et sanguin, était malade depuis trois mois, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 14 avril 1823. Sa maladie avait débuté par un frisson et un tremblement violens, des nausées, un peu de soif, et une légère diminution d'appétit, auxquels s'était jointe, quelques jours après, de la douleur à l'épigastre. Les frissons, mêlés de chaleur, étaient revenus journellement plusieurs fois, jusqu'à l'époque à laquelle le malade se mit au lit, c'est-à-dire, six jours avant d'entrer à l'hôpital. L'appétit avait diminué successivement, les nausées avaient été plus fréquentes après qu'avant le repas, et les douleurs à-peu-près les mêmes dans l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac. Depuis quinze jours, le malade avait cessé de travailler, l'anorexie était complète, et aux symptômes précédens s'étaient ajoutées une soif très-vive, une céphalalgie intense, des douleurs dans les membres et une faiblesse considérable; les selles avaient toujours été rares, et la chaleur assez forte pendant la nuit.

Le 15 avril, céphalalgie intense, physionomie naturelle, intégrité des sens et des facultés intellec-

tuelles ; langue blanchâtre et pointillée de rouge ; bouche pâteuse et amère, haleine fétide, soif médiocre, anorexie complète, pulsation incommode, douleur obtuse à l'épigastre, et néanmoins le malade, qui avait toujours mangé plus ou moins, n'éprouvait que peu d'étouffement après le repas. La toux, qui avait précédé de deux semaines le début des symptômes gastriques, était assez rare, les crachats peu abondans, la respiration très-médiocrement accélérée, le pouls calme (soixante pulsations par minute), les formes bien conservées, la couleur de la peau naturelle, l'amaigrissement très-peu considérable. L'état général du malade semblait si rassurant, que nous pensions que quelques jours de repos, la diète et les boissons délayantes, suffiraient pour le rétablir complètement. On prescrivit une solution d'oxymel simple, un lavement émollient, deux crêmes de riz et cinq bouillons.

Le 16, vomissemens de matières amères.

Le 17, langue sale, nausées, sentiment de faiblesse considérable, augmentation de la céphalalgie. On ajouta aux moyens précédens deux grains d'émétique dans une pinte d'eau.

Les vomissemens furent nombreux, et le lendemain il n'y avait plus de nausées ; l'appétit avait reparu, quoiqu'à un faible degré, la bouche était mauvaise, et la faiblesse comme la veille ; le pouls battait soixante-huit fois par minute, la chaleur était douce, et la figure naturelle.

Le 19, pouls large et plein, délire dans la soirée. Le 20, paralysie complète du côté droit, mouvemens spasmodiques du côté gauche, perte de connaissance.

(Saignée de seize onces, trente sangsues aux oreilles, sinapismes aux membres inférieurs, glace sur la tête, lavement purgatif.)

Le 21, augmentation des mouvemens spasmodiques, paralysie à droite comme la veille, mort le soir à quatre heures.

L'autopsie fut faite quarante heures après la mort. On trouva une cuillerée de sérosité dans le ventricule gauche du cerveau, deux dans celui du côté droit, et autant à la base du crâne; beaucoup de granulations tuberculeuses dans les poumons et sous les plèvres : le cœur sain. Dans l'œsophage, immédiatement au-dessus du cardia, la membrane muqueuse était détruite dans une surface circulaire d'un pouce de diamètre, et les membranes cellulaire, musculaire et péritonéale si ramollies, dans le même point, qu'une faible traction suffit pour le transformer en un trou de même étendue. Immédiatement au-dessous, dans l'estomac qui était fort rétréci, et à droite du cardia, il y avait un trou pareil à celui que nous avions fait nous-même aux parois de l'œsophage, et qui, à raison du défaut d'épanchement dans la cavité de l'abdomen, ne pouvait être attribué qu'à quelques-uns des tiraillemens exercés en enlevant l'estomac, dont les parois étaient ramollies et en partie détruites, dans ce point. Dans le reste de son étendue, la membrane muqueuse mince et molle, jusqu'à trois pouces du pylore, offrait plusieurs marbrures d'un blanc bleuâtre, de deux à trois lignes de large, sur un pareil nombre de pouces de longueur : elle était transformée, à leur niveau, en une sorte de mucus glaireux, demi-trans-

parent, d'une mollesse extrême, et manquait dans plusieurs endroits. Il y avait quelques ulcérations dans l'intestin grêle et dans le gros intestin, dont la membrane muqueuse était ramollie et roussâtre dans certains points. Le reste des viscères de l'abdomen ne présentait rien de remarquable.

Quoique la maladie ait débuté d'une manière brusque et que sa marche n'ait pas été très-chronique, on trouve néanmoins beaucoup d'analogie entre cette observation et l'avant-dernière, sous le rapport de la bénignité des symptômes et de la difficulté du diagnostic. Nous avons déjà dit dans quelle erreur nous étions relativement à la nature de la maladie, et il nous serait difficile, aujourd'hui même, de nous en garantir, tant on est peu porté à soupçonner une affection grave de l'estomac chez un sujet dont les digestions n'ont été que faiblement dérangées depuis quelque temps, qui a conservé la meilleure partie de ses forces et de son embonpoint, chez lequel les organes circulatoires paraissent dans un état convenable, et dont la respiration n'est que médiocrement gênée. A part leur faiblesse, les symptômes ne présentaient rien de remarquable ; mais nous observerons que le dernier de nos malades et celui-ci, sont les seuls qui soient évidemment morts par le cerveau, et chez lesquels la lésion qui nous occupe ait pénétré profondément. Nous ne tirons de ce fait aucune conséquence; nous dirons seulement que dans plusieurs cas de perforation de l'estomac, la mort paraît avoir lieu de la même manière : c'est ainsi que nous avons

rencontré, il y a peu de temps, une perforation presque complète de ce viscère, chez un sujet dont on n'avait ouvert que le cerveau, sans doute parce qu'on croyait y trouver la cause de la mort.

Le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, sa destruction, le ramollissement des tissus sous-jacens, chez le même sujet, indiquent sans doute la marche de la nature dans la plupart des cas de la perforation de l'estomac : c'est d'abord la membrane muqueuse qui est ramollie et amincie, puis enfin détruite, après quoi les mêmes lésions atteignent successivement ou simultanément les tissus placés au-dessous. La description de l'estomac trouvé sur le cadavre dont nous avons déjà parlé, rendra la chose encore plus évidente.

Ce cadavre était celui d'un homme de quarante ans; le cœur et les poumons étaient dans l'état naturel, l'estomac d'un volume ordinaire, sa membrane muqueuse d'une couleur grisâtre et verdâtre, excepté dans le grand cul-de-sac, où elle était un peu rouge ; partout, excepté dans cette dernière partie, elle était inégale, comme bourgeonnée. A gauche du cardia, dans un espace circulaire d'un pouce et demi de diamètre, les membranes de l'estomac, à l'exception du péritoine, étaient détruites. Le pourtour de cette perforation incomplète était mince, doux au toucher, noirâtre, et l'espèce de poche fermée par la tunique péritonéale contenait une certaine quantité d'un mucus brunâtre : les nerfs pneumogastriques flottaient dans cette cavité. Près d'elle, la membrane muqueuse était détruite dans un espace circulaire de vingt lignes de diamètre, tandis que les tissus sous-

jacens étaient sains. Outre ces lésions principales, on voyait encore dans le grand cul-de-sac des espèces de bandes blanchâtres et bleuâtres, semblables à celles que nous avons déjà décrites, s'avançant jusqu'à la face antérieure de l'estomac : la membrane muqueuse qui leur correspondait dans le grand cul-de-sac, était extrêmement molle et mince ; elle prenait une certaine consistance en s'éloignant de ce premier point, sans recouvrer son épaisseur.

On voit, comme nous l'avons dit tout-à-l'heure, que les divers degrés de la lésion de la membrane muqueuse, sont encore mieux marqués ici que dans le cas précédent. Il y a, dans un cercle d'un pouce et demi de diamètre, destruction de la membrane muqueuse et des tissus sous-jacens ; à côté, destruction de la membrane muqueuse seulement ; plus loin ramollissement et amincissement de cette membrane, et encore au-delà, amincissement marqué et ramollissement commençant. Or, si ce dernier point était, comme tout porte à le croire, le plus récemment affecté, il semblerait que dans certains cas l'amincissement commence, et que le ramollissement ne vient qu'à sa suite. Cette hypothèse semblerait en quelque sorte confirmée par l'observation suivante, dans laquelle nous voyons la membrane muqueuse plus amincie que ramollie.

XIe Observation.

Ramollissement et amincissement commençant de la membrane muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac.

Une marchande de fruits, âgée de cinquante-trois ans, très-corpulente, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 19 octobre 1823. Elle avait depuis seize ans une toux sèche habituelle, la respiration courte et des maux de tête très-fréquens, vivait dans la misère et accusait huit jours de maladie. Dans les deux semaines qui avaient précédé, l'appétit était devenu très-faible, et l'affection avait débuté, à la suite d'un refroidissement subit, par des douleurs à l'épigastre et dans le reste du corps, douleurs qui avaient continué les jours suivans, accompagnées de chaleur, d'anorexie, de soif et de maux de tête violens.

Le 10 octobre, figure chaude et animée, céphalalgie intense, douleurs contusives dans les membres; langue humide, roussâtre et villeuse au centre, soif vive, épigastre douloureux, selles rares, urine rouge et quelquefois difficile; pouls irrégulier, sans largeur ni dureté (quatre-vingts pulsations par minute), chaleur un peu élevée; respiration accélérée, toux fréquente, crachats muqueux, râle sec et sonore dans toute l'étendue de la poitrine. (Saignée de huit onces, limonade végétale, lavement de lin, *bis.*)

Même état le lendemain. Le 12, langue blanchâtre, bouche comme *empoisonnée*, douleur à l'épigastre, nausées. On prescrivit deux grains d'émétique avec

une demi-once de sulfate de soude, dans une pinte d'eau, l'infusion de violette oxymellée, une potion gommeuse et la diète absolue.

Les évacuations ayant suivi de près la première tasse de la mixture saline, la malade n'en prit que deux, et eut huit vomissemens et autant de selles. Le lendemain, augmentation peu considérable de la douleur épigastrique, soif vive, pouls *à peine accéléré*, chaleur douce et halitueuse. (Tisane de chiendent oxymellée, potion gommeuse, lavement de pariétaire, cinq bouillons.)

Les douleurs épigastriques diminuèrent un peu les jours suivans, et les lavemens ne pouvant surmonter la constipation, on administra à la malade de l'huile de ricin à deux reprises différentes. Après la seconde, la langue se nettoya, l'appétit revint, quoiqu'à un faible degré, la malade mangea un peu de vermicelle avec plaisir, sans augmentation de ses douleurs d'estomac, le pouls tomba à soixante-huit.

Le 26, douleur vive à l'épigastre, encore augmentée le lendemain au moment où la malade prenait un bain ; bientôt survinrent des vomissemens de bile, sans soulagement des douleurs, qui s'exaspéraient dès que la malade buvait. Le 28, outre les symptômes précédens, y eut beaucoup de malaise et d'anxiété, les mouvemens étaient libres, l'intelligence parfaite ; le pouls battait quatre-vingts fois par minute ; on répéta la mixture saline du 13. Elle fut suivie de vomissemens nombreux, sans évacuations alvines, et les douleurs à l'épigastre parurent un peu augmentées.

Le lendemain, on prescrivit une nouvelle dose

d'huile de ricin, la solution d'oxymel simple, celle de sirop de gomme et une potion gommeuse. Le pouls était serré, à cent quatre; il y eut trois selles dans la journée et quelques vomissemens de bile pendant la nuit.

Le 30, le pouls redescendit à quatre-vingt-dix; la chaleur restait assez considérable, et le lendemain on fit appliquer douze sangsues à l'épigastre, qui n'eurent d'autre effet que de diminuer un peu la céphalalgie. Les douleurs épigastriques continuèrent, et si vives que la malade craignait de boire de peur de les augmenter.

Du 4 au 25 novembre, elle prit des bains tous les jours, ou tous les deux jours, selon l'état des forces; les vomissemens suspendus les six premiers jours, reparurent ensuite; les douleurs épigastriques diminuaient momentanément dans le bain; la langue était quelquefois sèche, plus ordinairement humide et blanchâtre, la soif vive, l'anorexie incomplète; la malade prenait du vermicelle avec plaisir, se plaignait peu, parlait peu, était rarement assoupie; le soir, la chaleur était forte.

Le 25, continuation des vomissemens, dégoût profond; toutes les boissons étaient également insupportables, et la malade disait sentir *tout son mal* à la région épigastrique. On ajouta aux moyens précédens l'eau de Seltz.

Pendant les six premiers jours de son administration, il n'y eut que des nausées sans vomissement, les douleurs étaient soulagées dès qu'elle arrivait dans l'estomac; mais ce terme passé, les vomissemens de bile reparurent, continuèrent jusqu'à la mort, à quatre

ou cinq jours près, et les douleurs à l'épigastre furent moins vives. Un vésicatoire placé sur cette région ne produisit aucune amélioration, les forces diminuèrent, la soif fut toujours considérable. Le 22, il y avait une résolution presque complète des membres, la sensibilité était obtuse; la malade, dont la vessie était remplie d'urine et formait une tumeur considérable au-dessus du pubis, ne sentait pas le besoin d'uriner, et ces symptômes augmentant chaque jour, la mort arriva le 26 au soir.

L'autopsie fut faite trente-six heures après la mort. — Le tissu cellulaire graisseux avait de cinq à six lignes d'épaisseur aux parois de l'abdomen. On trouva deux petites cuillerées de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, à sa partie supérieure; un peu plus d'une cuillerée à soupe dans chacun des ventricules latéraux; le cœur mou et sain; les poumons crépitans, affaissés, sans traces de tubercules; les bronches un peu roses; le foie d'un volume ordinaire, fauve, piqué de rouge, facile à déchirer, gras; la vésicule biliaire distendue par un liquide épais, trouble, brunâtre, contenant deux petits calculs, présentant, à son extrémité libre une espèce de chevelu brunâtre, d'un pouce de long, adhérant à la membrane muqueuse non sensiblement altérée dans ce point. L'estomac était un peu plus volumineux que dans l'état sain, offrait à l'intérieur deux aspects différens, dans le grand cul-de-sac et dans le reste de son étendue. Dans la première partie, sa membrane muqueuse était ramollie, demi-transparente, d'un jaune clair, avait moitié moins d'épaisseur que la membrane avec la-

quelle elle se continuait immédiatement, et quelquefois beaucoup moins; dans la seconde, elle était plus ou moins grisâtre, inégale, mamelonnée, offrait huit à dix ulcérations superficielles, sans ramollissement de la partie qui en faisait le fond. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était pâle, présentait aussi quelques légères ulcérations dans sa seconde moitié; le colon était extrêmement distendu par des matières fécales pultacées ou dures, sa muqueuse très-ramollie et légèrement ulcérée dans quelques points.

La médiocrité de la lésion comparée à l'intensité des symptômes, pourrait porter à croire qu'ils sont dus en partie aux ulcérations imparfaites de la muqueuse; mais outre que nous avons observé bien des fois ce genre de lésion sans accidens remarquables (1), il nous semble que la disproportion entre la cause et l'effet est beaucoup moins grande ici que dans le huitième cas, où il ne peut y avoir de doute sur l'altération à laquelle il faut rapporter les symptômes. Ajoutons qu'il doit paraître moins surprenant de voir une lésion légère, en apparence, donner lieu à des accidens graves, qu'une altération profonde donner à peine quelques signes de son existence, comme cela est arrivé dans l'observation qui vient d'être rap-

(1) Nous avons observé, depuis la publication de ce mémoire, un cas dans lequel les symptômes gastriques ont été à-la-fois nombreux et énergiques, bien que la membrane muqueuse de l'estomac offrit, pour toute lésion, de petites ulcérations; mais celles-ci étaient très-nombreuses. *Voyez* nos *Recherches sur la Phthisie*, pag. 515.

pelée. D'ailleurs, on ne saurait douter que l'épanchement de sérosité dans les ventricules du cerveau n'ait hâté la mort du sujet.

L'observation suivante sera un nouvel exemple de la disproportion qui existe quelquefois, entre la gravité des lésions et celle des symptômes.

XIIe Observation.

Ramollissement, amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac chez une femme atteinte de cancer de l'utérus.

Une blanchisseuse, âgé de trente-deux ans, grasse et habituellement bien portante, éprouvait depuis quatre mois les symptômes d'un cancer de l'utérus, pour lequel elle fut admise à l'hôpital de la Charité, le 5 septembre 1823. Elle avait beaucoup maigri depuis trois semaines, sans cesser néanmoins de manger avec appétit, et à-peu-près autant qu'en bonne santé; ses digestions n'avaient pas été sensiblement dérangées.

A la visite du 6, la figure avait la pâleur qu'elle présente communément après les grandes pertes de sang, bien que la malade n'en eût perdu que fort peu; il y avait du malaise, quelques élancemens dans les membres inférieurs, et de légères douleurs à l'hypogastre, par la pression : la matière de l'écoulement était plus ou moins sanguinolente et fétide; la langue humide et un peu rouge à la pointe, l'appétit bon, la digestion assez facile, l'épigastre indolent, les selles régulières; la respiration et la cir-

culation dans l'état naturel ; la faiblesse médiocre. (Infusion de coquelicot, injection narcotique, julep, un quart de portion.)

Du 25 septembre au 8 octobre, les douleurs dans les cuisses augmentèrent et ne permirent plus le sommeil, les pertes de sang furent plus abondantes, il y avait quelquefois des lipothymies incomplètes ; la malade perdit l'appétit, éprouva une sensation pénible, un embarras continuel à l'épigastre ; le pouls devint petit, faible, accéléré ; il n'y eut ni toux ni céphalalgie, la faiblesse fut chaque jour plus considérable. (Décoction d'orge avec le sirop de gomme, julep, cinq bouillons.)

Le 18, l'insomnie continuant, on ajouta au julep un demi-grain d'opium le soir. Du 20 au 26, il y eut des nausées auxquelles on opposa une infusion de fleurs de tilleul et de l'eau de Seltz, qui fut vomie ; la bouche fut pâteuse, la langue un peu rouge orange, l'anorexie complète ; il y eut un peu de diarrhée. Les deux jours suivans, le nombre des selles augmenta, la soupe n'excitait pas de nausées.

Jusqu'au 7 novembre, jour de la mort, la faiblesse et la diarrhée firent de continuels progrès, l'anorexie fut complète, accompagnée de dégoût, et après une agonie de vingt-quatre heures, la malade expira.

A l'ouverture du cadavre, qui fut faite vingt-trois heures après la mort, on trouva les membres inférieurs infiltrés, une cuillerée de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau ; le larynx et la trachée-artère parfaitement sains ; les poumons parsemés d'un grand nombre de granulations tubercu-

leuses à leur sommet, où il y avait une petite cavité vide : la base du poumon gauche, dans la hauteur de deux pouces, convertie en un tissu rougeâtre, grenu, hépatisé, extrêmement friable : le foie, la rate, le pancréas et les reins en bon état; le col de l'utérus en partie détruit; le corps de la dernière vertèbre lombaire, au-devant de laquelle s'étaient développés de larges tumeurs cancéreuses, transformé, en grande partie, en une matière blanche, molle et opaque; l'œsophage sain : l'estomac un peu distendu par un fluide rougeâtre et par des gaz, toute sa surface intérieure pâle et offrant quelques vergetures d'un rose très-tendre dans le grand cul-de-sac; sa membrane muqueuse, amincie, ramollie, d'une consistance glaireuse dans sa moitié supérieure, manquant même entièrement dans quelques points, offrant dans le reste de son étendue huit à dix ulcérations superficielles, sans altération de couleur et de consistance à leur niveau : la muqueuse de l'intestin grêle et du colon ramollie et épaissie dans toute son étendue, un peu rougeâtre dans le cœcum et dans le colon descendant.

Malgré le peu d'intensité des symptômes, nous retrouvons encore dans ce cas l'anorexie et les nausées; mais la douleur à l'épigastre n'est qu'un embarras continuel dans cette partie, les symptômes observés n'ont paru qu'un mois avant la mort, sans être précédés de dérangement dans les digestions, la maladie est presque latente. On peut, jusqu'à un certain point, d'ailleurs, se rendre compte de cette obscurité

des symptômes, par le peu de sensibilité de la malade et le défaut de réaction, que l'absence de toux et de douleur à l'utérus prouvent suffisamment.

Les réflexions que nous avons faites jusqu'ici nous dispenseront de beaucoup de détails dans l'exposition générale des faits, que nous allons commencer par la description de la membrane muqueuse de l'estomac.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

Etat de la membrane muqueuse de l'estomac.—Les dimensions de l'estomac étaient variables; rétréci chez plusieurs sujets (Observations III, V, VI et X); il était volumineux chez d'autres (Observations I, II, IV, VIII, XI et XII), et avait rarement la capacité qui lui paraît naturelle.

A l'extérieur, il n'offrait rien de remarquable; à l'intérieur; il présentait, dans une partie variable de sa surface, une couleur d'un blanc pâle, ordinairement bleuâtre, continue, ou disposée par bandes longues et étroites, ou même par plaques plus ou moins rapprochées, irrégulièrement arrondies (Observations I, II, III, IX et X). Ce coup d'œil bleuâtre frappait au premier abord, et les parties qui en étaient le siége se faisaient encore remarquer par une différence de niveau avec les parties environnantes, aussi sensible au toucher qu'à la vue (Observations I, VII, etc.) Mais, tandis que dans le cas d'ulcération de la membrane muqueuse, les bords de l'ulcère sont coupés net et perpendiculairement, on n'observait ici qu'un affaissement très-marqué au point de contact de la portion de la membrane qui

offrait l'aspect en question, et de celle qui l'environnait. Dans les points correspondans à la lésion, la membrane muqueuse était pâle, d'une ténuité et d'une mollesse extrêmes, transformée en une espèce de mucus glaireux, demi-transparent, de l'épaisseur de la membrane muqueuse du colon, quelquefois moins; en sorte que si l'on n'y eût apporté la plus grande attention, on aurait pu croire, dans beaucoup de cas, la muqueuse gastrique entièrement détruite, et la tunique cellulaire tout-à-fait à nu. Quelquefois, à la vérité, cette destruction existait dans une petite étendue (Obs. I, II et X), plus rarement dans un espace considérable (Obs. VIII). Les vaisseaux qui rampent à la surface du tissu sous-muqueux étaient très-apparens, larges et vides. Quand il y avait des mucosités dans l'estomac, on n'en rencontrait ni dans la partie où la membrane muqueuse avait été détruite, ni là où elle avait subi la transformation indiquée.

Au lieu de la teinte blanchâtre et bleuâtre dont nous venons de parler, la membrane muqueuse ramollie et amincie était quelquefois d'un blanc pâle et opaque (Obs. III), rose (Obs. VI), ou même grise (Obs. VIII); quelquefois encore la couleur blanchâtre ou bleuâtre se trouvait mêlée de taches rougeâtres ou noirâtres (Obs. IX), ce qui semblait indiquer que la couleur n'était pas un des caractères essentiels de la lésion (1).

(1) La couleur de la membrane muqueuse de l'estomac est si variable, que nous ne croyons pas qu'on puisse y attacher beaucoup de valeur, quand elle n'est pas accompagnée de quelqu'autre modification.

Quand cette lésion se présentait sous forme de bandes larges et étroites, elle était presque également répartie sur toute la surface de l'estomac; quand, au contraire, elle était continue à elle-même, elle occupait la grosse extrémité du ventricule, était rarement bornée au grand cul-de-sac (Obs. V et XI), et existait quelquefois en même temps près du pylore et du cardia (Obs. VII).

Il n'en est pas de même de l'épaisseur et de la fermeté de cette membrane; elles varient peu, croissent ou décroissent dans les différentes régions de l'estomac, suivant des lois à-peu-près fixes; de manière que quand elles s'éloignent beaucoup de leur état naturel, on peut affirmer qu'il y a lésion dans le point où la différence existe. Cette assertion ressortira tout naturellement des résultats obtenus de l'examen de trente-deux estomacs pris sur des sujets morts de différentes maladies, et dont la membrane muqueuse n'offrait pas généralement d'altération bien sensible.

Sur vingt-neuf d'entre eux, la fermeté de cette membrane allait en décroissant de la petite à la grande courbure; elle était moindre encore dans le grand cul-de-sac. Quand, après en avoir soulevé un petit morceau avec le scalpel, on la saisissait ensuite avec l'extrémité des doigts pour l'enlever, on obtenait, le long de la petite courbure, des lambeaux d'un à deux pouces et plus de longueur, d'un demi-pouce à deux tiers de pouce ou un pouce, sur la grande courbure, et d'une à trois ou quatre lignes environ, dans le grand cul-de-sac. La fermeté était généralement moindre, mais décroissait de la manière indiquée, quand la membrane muqueuse était mamelonnée à sa surface. D'où il résulte, qu'on peut considérer son décroissemement de fermeté de la petite à la grande courbure et au grand cul-de-sac de l'estomac, comme une loi, et que, quand on ne pourra former sur la grande et sur la petite courbure des lambeaux de la manière indiquée, mais seulement en soulevant par degrés la muqueuse avec le scalpel, on devra conclure qu'il y a lésion de cette membrane; à plus forte raison quand sa consistance ne sera pas supérieure à celle d'un mucus visqueux.

L'uniformité d'épaisseur ne nous a pas semblé moins générale. Sur vingt-huit des estomacs dont il s'agit, nous l'avons vu décroître de la grande à la petite courbure, moindre encore dans le grand cul-de-sac;

A deux exceptions près (Obs. IX et X), le tissu sous-muqueux était sain et d'une fermeté convenable ; nous l'avons cru plus dense que d'ordinaire dans certains cas, mais la différence ne nous a pas semblé assez évidente, pour rien affirmer de positif à cet égard. La membrane musculaire était ramollie

---

et ce rapport n'a manqué que dans les cas où il y avait ramollissement partiel, ou bien encore, quand la membrane muqueuse offrait dans une certaine étendue l'aspect mamelonné que nous décrirons bientôt. Quelquefois au milieu d'une région de l'estomac, dont la muqueuse avait généralement une épaisseur convenable et uniforme, nous avons trouvé des points amincis sans ramollissement manifeste, comme formés par des impressions digitales, et d'après ce qui a été dit à la suite de la Xe observation, nous devons considérer ces amincissemens partiels comme une lésion. — Nous avons estimé, en millimètres, l'épaisseur de la muqueuse, et sur dix-sept estomacs dans lesquels nous trouvâmes cette membrane unie et peu ou point colorée, elle était de trois quarts de millimètre à un millimètre, le long de la grande courbure : d'un tiers à trois quarts de millimètre le long de la petite ; d'un quart à trois cinquièmes seulement dans le grand cul-de-sac ; elle était un peu plus considérable dans cinq cas où la membrane muqueuse était mamelonnée. Nous l'avons trouvée d'un millimètre et demi au moins, le long de la grande courbure, chez un sujet dont l'estomac, très-distendu, présentait à l'intérieur cet aspect mamelonné d'une manière très-tranchée. Or, si une grande différence dans la consistance ou dans l'épaisseur qui paraissent naturelles à la muqueuse gastrique, indique une lésion, cette lésion sera bien plus incontestable encore, quand la différence portera sur ces deux attributs à-la-fois. D'où il suit qu'un des objets les plus importans à noter dans les autopsies, est le degré d'épaisseur ou de consistance absolu et relatif de la membrane muqueuse de l'estomac. — Nous ajouterons à tout ceci, que l'épaisseur de cette membrane est quelquefois beaucoup moindre que nous ne l'avons indiqué, quoique d'ailleurs elle paraisse saine ; ainsi nous l'avons trouvée d'un tiers de millimètre seulement, sur quatre des trente-deux estomacs en question ; et à raison de ce peu d'épaisseur, nous n'avons pu en estimer le degré de décroissement, qui paraissait néanmoins exister suivant l'ordre indiqué.

dans les mêmes circonstances que la sous-muqueuse.

L'amincissement avec ramollissement léger, l'amincissement avec ramollissement considérable de la membrane muqueuse, sa destruction, celle de tous les tissus de l'estomac, dans une certaine étendue, à l'exception de la tunique péritonéale, se rencontraient quelquefois chez le même sujet, et offraient ainsi, comme nous l'avons déjà remarqué, le tableau de la marche de la nature dans les perforations de l'estomac (Obs. x).

Outre la lésion que nous venons de décrire, la membrane muqueuse de l'estomac offrait encore, dans le reste de son étendue, des particularités qu'il importe de faire connaître ; ainsi, nous l'avons trouvée dans quatre cas (Obs. I, II, V, VII), d'un rose tendre ou plus ou moins vif, un peu grisâtre dans deux autres (Obs. III et XI). Quelquefois cette couleur rouge était extrêmement vive au voisinage de la muqueuse décolorée, ramollie, amincie, et la partie de la membrane où on l'observait, était mince et presque aussi molle que la portion si décolorée avec laquelle elle se continuait (Obs. V). Dans plusieurs cas, la muqueuse était inégale, mamelonnée ou bourgeonnée à sa surface (Obs. II, VII, IX et XI), et quelquefois des ulcérations plus ou moins profondes se joignaient à cette lésion (Obs. V, IX, XII).

Quand la membrane muqueuse de l'œsophage était ramollie et amincie, c'était à sa partie inférieure, et alors l'organe était plus ou moins profondément altéré dans toute son épaisseur.

Quoiqu'il n'y eût probablement que peu ou point de rapport entre l'état de l'estomac et celui des autres

organes, nous jetterons néanmoins un coup d'œil sur ces derniers.

La membrane muqueuse du colon était ordinairement pâle, quelquefois d'un rose plus ou moins vif dans une certaine étendue, ramollie dans tous les cas où cette couleur existait, ulcérée dans plusieurs autres; celle de l'intestin grêle était ulcérée dans sa dernière moitié, sur la plupart des sujets, intacte chez trois d'entre eux seulement.

Entre autres lésions remarquables, nous avons observé le passage du foie à l'état gras (Obs. II, VI et XI).

La phthisie était l'affection principale de quatre de nos malades (Obs. II, IV, V et IX), elle n'était encore qu'à son premier degré chez quatre autres (Obs. III, VII, X et XII); trois seulement n'offraient pas de traces de tubercules, il n'y en avait que quelques-uns au sommet du poumon de la femme qui fait le sujet de la VIIIe. observation.

Dans les deux cas où la mort a suivi de près le développement de symptômes cérébraux très-intenses, on a trouvé à l'ouverture des corps un ramollissement du cerveau, ou seulement un épanchement assez considérable de sérosité dans ses ventricules latéraux (Obs. IX et X). Dans un troisième, où les symptômes encéphaliques ont été fort légers, on a aussi trouvé une assez grande quantité de sérosité dans les mêmes ventricules. Dans les autres cas on a encore constaté la présence d'une certaine quantité de fluide séreux, soit dans la cavité de l'arachnoïde, soit dans les ventricules, sans qu'aucun symptôme ait annoncé sa présence.

Il résulte donc de l'examen anatomique que nous venons de faire, que le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac n'a été dans aucun cas exempt de toute complication. Comme, néanmoins, ces complications se réduisent à fort peu de chose dans plusieurs d'entre eux (Obs. I, VIII, X, XI), on pourrait les considérer comme simples, en faire un tableau à part, puis le comparer avec celui des observations les plus compliquées, et dans lesquelles l'affection de l'estomac est la maladie accessoire; mais les symptômes gastriques observés dans ces deux ordres de cas, n'ayant pas offert de différences sensibles, nous croyons devoir les réunir dans une seule et même description.

Symptômes. Au moment où les accidens que nous allons décrire se manifestaient, les fonctions digestives étaient déjà plus ou moins altérées chez une bonne partie de nos malades (Obs. I, II, III, IV, V, VI). Chez les uns, la digestion était difficile depuis un grand nombre d'années (Obs. V); chez d'autres, elle l'était depuis quatre à cinq ans; et la diminution de l'embonpoint et de l'appétit datait de la même époque (Obs. III et IV). Dans un quatrième cas (Obs. II), le sujet avait des douleurs à l'épigastre depuis très-long-temps, et des aigreurs après le repas depuis un an et demi; tandis que chez d'autres individus (Obs. I et VI), la perte de l'appétit n'avait devancé le début des symptômes que de quelques mois. Un des malades (Obs. VII) avait fait des excès de table immédiatement avant l'apparition des douleurs à l'épigastre; un autre (Obs. XI) vivait depuis six mois dans la misère; enfin, le dixième

d'entre eux semblait dans un état de santé à-peu-près parfait, jouissait de toute l'intégrité des fonctions digestives, quand les symptômes suivans se manifestèrent.

Soit qu'il y eût, ou non, dérangement des voies digestives depuis un certain temps, que la maladie de l'estomac fût simple ou compliquée, primitive ou secondaire, les malades éprouvaient, dès le début, une diminution plus ou moins considérable, ou même une perte complète d'appétit, des douleurs à l'épigastre (Obs. II, VI, VIII, IX et XII), des frissons entremêlés de chaleur, de la soif, et après un temps plus ou moins considérable (depuis quelques jours jusqu'à un mois et plus), des nausées et des vomissemens; ou bien, ces derniers symptômes, accompagnés d'anorexie, de soif et de fièvre, débutaient, et les douleurs à l'épigastre ne se manifestaient qu'après une ou plusieurs semaines (Obs. III, V, VII et X). Enfin, dans d'autres cas, les nausées, les vomissemens et les douleurs à l'épigastre se montraient à-la-fois. Ces symptômes persistaient avec plus ou moins d'intensité jusqu'à la mort, quelquefois d'une manière continue, presque sans interruption (Obs. I, VI et X), ordinairement avec des rémittences plus ou moins considérables (Obs. II, IV, V). Dans plusieurs cas, ils offrirent beaucoup d'intensité dès leur principe; dans d'autres également nombreux, ils se développèrent d'une manière lente, et ne prirent d'énergie qu'à une certaine époque de leur durée (Obs. I, II, VII et XI). Quelquefois aussi la lésion arrivait à son dernier terme sans avoir donné lieu en aucun temps

à des symptômes de quelque gravité (Obs. VIII et X).

Chacun des symptômes qui viennent d'être indiqués se présentait dans des degrés très-variables : ainsi, chez les uns, la *soif* ne fut un peu vive que quelques jours avant la mort, et très-probablement par l'effet d'une affection nouvelle ajoutée à la première (Obs. IX et X); chez d'autres, elle fut toujours très-forte, et tellement, qu'à une période avancée de la maladie, neuf pintes de tisane, prises en vingt-quatre heures, suffisaient à peine pour la satisfaire (Obs. IV). Quelques malades ne pouvaient supporter que les boissons froides (Obs. IV), d'autres, les boissons tièdes (Obs. V); ou bien, après n'avoir pu prendre que ces dernières pendant long-temps, ils recherchaient les froides (Obs. II), et finissaient par ne plus obéir à leur soif, dans la crainte des vomissemens, tant la susceptibilité de l'estomac était devenue excessive (Obs. II et XI).

L'appétit variait, non-seulement chez les divers individus, mais encore chez les mêmes personnes. Dans la plupart des cas, il y avait dès le début, comme nous l'avons déjà dit, anorexie; quelquefois, mais beaucoup plus rarement, l'appétit n'était *très-diminué* que quelques jours avant la mort (Obs. IX et X); ou bien, après avoir disparu quelque temps, il reparaissait pour cesser encore, toujours en harmonie avec la difficulté plus ou moins grande de la digestion.

Il y eut des *nausées* chez tous les malades, et des *vomissemens* chez neuf d'entre eux. On les observait au début des douleurs épigastriques, quelque temps après

leur apparition, ou à la même époque. Ces symptômes persistaient jusqu'à la mort, avec des rémittences plus ou moins marquées, débutaient quelquefois avec une extrême violence, le plus ordinairement augmentaient par degrés. A une certaine époque de l'affection, ils étaient provoqués par les causes les plus légères, les boissons les plus douces, l'eau sucrée, l'eau pure elle-même ; ils résistaient à tout, même aux moyens les plus convenables, en apparence, pour les combattre ; ou bien, ceux de ces moyens qui avaient paru les calmer pendant quelques jours, perdaient promptement leur efficacité. (Obs. I, II et XI.)

Les *douleurs épigastriques* existaient chez onze des douze sujets dont nous avons donné l'histoire. Chez les uns (Obs. I, II, III, V et XI), elles étaient très-prononcées, et quelquefois au point de faire dire aux malades que leur maladie toute entière (Obs. III, V et XI) était à l'épigastre ; chez d'autres, elles étaient beaucoup moins vives, ne se manifestaient que par un embarras (Obs. VI et XII), des picotemens (Obs. V), un sentiment de barre continuelle (Obs. VIII) ; quelquefois elles étaient accompagnées d'une sensation de chaleur, et dans ces cas on a trouvé la membrane muqueuse ramollie, amincie et pâle, ou d'un rose plus ou moins vif (Obs. III, IV et VI). La pression les augmentait au point que quelques malades ne pouvaient supporter le moindre poids à l'épigastre, et tenaient cette partie découverte. Elles étaient sujettes à des rémissions plus ou moins longues, et s'exaspéraient à des époques très-avancées de l'affection (Obs. II) ; quelquefois elles étaient calmées momentanément par l'eau de

Seltz (Obs. xi), quelquefois par une potion anti-spasmodique sans éther (Obs. ii); l'opium ne parut avoir aucune influence sur le degré de leur intensité. Elles étaient proportionnées aux nausées et aux vomissemens.

La *langue* ne nous offrit rien de constant; elle était dans l'état naturel chez quatre de nos malades, un peu rouge à la pointe chez trois autres, villeuse et roussâtre chez la femme qui fait le sujet de la xi[e] observation; elle conserva à-peu-près le même aspect chez cette malade, pendant tout le cours de l'affection, et ausssi chez une autre, où, pendant huit mois, on l'observa rouge à la pointe, avec des villosités blanchâtres au centre, et toujours humide comme dans les autres cas (Obs. ii).

La *diarrhée* eut lieu chez presque tous les sujets, sans qu'on puisse la considérer comme une dépendance de la maladie de l'estomac, la phthisie existant à un degré plus ou moins marqué dans la plupart des cas.

Au milieu de ces désordres, l'exercice des *facultés intellectuelles* et des organes des sens demeurait sans altération. Il n'y eut de céphalalgie que chez une femme affectée de cancer de l'utérus, et chez trois autres sujets, dont l'un (Obs. xi) avait des maux de tête habituels depuis long-temps; les deux autres (Obs. ix et x) succombèrent, l'un, à une hydrocéphale aiguë, l'autre, à un ramollissement du cerveau, et ne se plaignirent de céphalalgie que dans les derniers temps de la maladie, c'est-à-dire, à l'époque à laquelle on doit rapporter le début de l'affection cérébrale.

Nous n'observâmes de *douleurs dans les membres* que dans deux cas; et le seul où elles aient existé dans les articulations, a été offert par une femme qui en avait presque continuellement depuis l'âge de puberté (Obs. II).

La *physionomie* n'offrait rien de remarquable dans l'absence des douleurs épigastriques; elle prenait l'empreinte du malaise et de la souffrance dès qu'elles se faisaient sentir, à-peu-près comme on le remarque dans les coliques.

Il était difficile, à raison des complications, d'estimer l'influence de la maladie sur *l'état des forces*; néanmoins, quand elle s'est montrée chez des sujets atteints de cancer de l'utérus ou de phthisie déjà très-avancée, la faiblesse ne nous a pas semblé beaucoup plus considérable que dans le cas où ces maladies eussent été simples. Dans d'autres circonstances, il en a encore été de même : ainsi, le malade qui fait l'objet de la xe observation ne cessa de travailler que douze jours avant sa mort. La femme qui est le sujet de la IVe continua ses occupations pendant les cinq premiers mois de sa maladie, et celle dont l'histoire est la VIIIe, et chez laquelle la membrane muqueuse de l'estomac était détruite dans les trois quarts de son étendue, travaillait encore trois jours avant le terme fatal. Mais quand la marche de l'affection était rapide, que les vomissemens étaient accompagnés d'évacuations alvines abondantes, la chute des forces était très-prompte (Obs. VI). Dans un cas (Obs. XI) où la constipation fut constante, la faiblesse fut considérable, mais proportionnée, à ce qu'il nous semble, au défaut d'alimentation.

Les *frissons* et la *chaleur* éprouvés par quelques malades au début et dans les jours qui l'ont suivi, sembleraient indiquer que la circulation a été vivement influencée par la maladie de l'estomac ; mais la chose est pour le moins douteuse, vu la faible accélération du pouls chez le sujet de la VIe observation, dont la maladie a débuté et marché avec violence.

Ainsi, en rapprochant les lésions de l'organe malade, des symptômes observés, nous voyons, d'une part, la membrane muqueuse de l'estomac amincie, ramollie, détruite dans une plus ou moins grande étendue, ce désordre propagé quelquefois aux tissus sous-jacens; et de l'autre, du dégoût, de l'anorexie, des nausées, des vomissemens et des douleurs ordinairement très-vives à l'épigastre ; mais aucun de ces phénomènes sympathiques, regardés par quelques-uns comme l'effet inévitable des affections graves ou légères de la membrane muqueuse de l'estomac, et comme le seul moyen de les connaître. Ici tout est clair et précis ; le désordre de la fonction, le lieu de la douleur, indiquent au premier abord l'organe lésé ; aucun viscère n'exprime mieux ni plus vivement ses souffrances. Les symptômes d'une pneumonie ne décèlent pas d'une manière plus évidente et plus sûre l'inflammation des poumons, que les phénomènes indiqués ne montrent, dans la plupart des cas, une affection grave de l'estomac. Le malade, auquel on parle de ses maux, ne répond pas qu'il n'éprouve que du malaise, qu'il ne *souffre nulle part;* il indique positivement l'estomac comme le siége de sa maladie ; *c'est là qu'est tout son mal.* Peu importe que l'affection soit simple ou compliquée, la douleur

à l'épigastre est toujours la même; et quelle que soit cette complication, que la maladie marche avec violence, qu'elle soit accompagnée ou non d'entérite aiguë, qu'elle devienne promptement mortelle, ou que, se manifestant par des symptômes peu graves, elle se prolonge un espace de temps considérable, les symptômes ne varient que par leur intensité, la douleur vient toujours révéler l'organe malade. Ainsi, nous avons vu cette douleur, obtuse il est vrai, persister une année entière, et presque jusqu'à la mort, chez la femme qui fait l'objet de la VIIIe observation, quoique la marche de la maladie ait été très-lente, à-peu-près uniforme, les accidens légers, que la malade ait continué ses occupations jusqu'au troisième jour qui a précédé sa mort. Pourrions-nous croire désormais que la membrane muqueuse de l'estomac soit si insensible, ou qu'elle exprime ses douleurs d'une manière si différente des autres organes? Nous insistons sur ce point et sur les autres symptômes décrits, c'est-à-dire les nausées et les vomissemens, parce qu'ils font rentrer l'estomac sous la loi commune, et qu'ils nous le montrent exprimant ses souffrances, comme les autres organes, par une douleur locale et le désordre plus ou moins marqué de ses fonctions.

Marche et durée. En général, la maladie parcourait ses diverses périodes avec lenteur, sa durée était considérable, et on peut croire qu'elle l'eût été davantage encore, sans les complications qui existaient. On l'a vue de trois mois et demi dans un cas (Obs. X), de six dans un autre (Obs. V), de treize dans un troisième (Obs. IV), sans qu'on ait observé une différence correspondante dans l'état des organes après

la mort. Loin de là, le désordre était plus considérable chez le dixième que chez le quatrième sujet, qui ne nous offrit qu'un amincissement avec ramollissement de la membrane muqueuse, tandis que, chez l'autre, le désordre s'étendait à toute l'épaisseur des parois de l'estomac. Quelquefois, cependant, la marche de la maladie a été rapide, véritablement aiguë, et la mort a dû en être le résultat, bien plus que de toute autre lésion : ainsi, elle paraît à peine avoir duré vingt jours chez la femme qui fait l'objet de la 1re observation, chez laquelle la muqueuse gastrique était profondément altérée, et même entièrement détruite dans plusieurs points. Sa marche a été presque aussi rapide, et ses symptômes également graves dans un autre cas (Obs. VI), où la lésion de la muqueuse était moins avancée.

Dans sa forme chronique, la maladie, comme toutes les affections de long cours, n'avait pas une marche uniforme; elle semblait quelquefois stationnaire, ou même tendre à la guérison; mais le mieux apparent était promptement suivi de rechutes. Nous en avons signalé un exemple remarquable dans la quatrième observation, dont le sujet, après cinq mois de maladie, recouvre l'appétit pendant un espace de temps à-peu-près aussi considérable, paraît entrer en convalescence, et dont l'affection n'en marche pas moins ensuite, bien qu'avec lenteur, vers une terminaison funeste.

Diagnostic. Nous avons vu que l'affection dont il s'agit se développait le plus ordinairement chez les sujets dont l'appétit et les digestions étaient altérés depuis un temps considérable; qu'à son début il y avait fièvre, nausées, vomissemens, anorexie plus ou

moins complète ; que ces symptômes étaient accompagnés, précédés ou suivis de douleurs à l'épigastre, se montraient dans presque tous les cas ; que jamais les nausées et l'anorexie n'avaient manqué ; que l'épigastralgie avait été observée onze fois sur douze, etc. ; nous venons de voir que ces symptômes persistaient avec des rémissions plus ou moins longues jusqu'à la mort ; que dans presque tous les cas la marche de la maladie était lente : nous avons en outre remarqué qu'elle se manifestait dans le cours des affections chroniques, et plus ordinairement dans celui de la phthisie pulmonaire, qu'elle précède rarement ; toutes les fois donc que nous rencontrerons chez des personnes atteintes d'affections chroniques, et ayant eu, pendant long-temps, des digestions difficiles avec diminution de l'appétit, les symptômes indiqués, nous devrons, quand ils auront existé quelque temps, vingt jours, un mois, six semaines, par exemple, soupçonner l'existence du ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac. Dans le cas où ces symptômes viendraient à se déclarer sans altération préalable des fonctions digestives, sans diminution de plus ou moins longue durée de l'appétit, et chez des sujets exempts de maladies chroniques, les soupçons seraient sans doute moins fondés ; cependant, comme ces suppositions se trouvent en partie réunies chez les sujets des VIIe, X^e^ et XIe observations, nous pensons que si les symptômes indiqués avaient persisté six semaines ou deux mois, on devrait être à-peu-près certain de l'existence de la maladie.

Dans le cas où les symptômes seraient peu prononcés (Obs. VIII), s'il n'y avait que des nausées sans

vomissemens, un simple embarras, ou une douleur obtuse à l'épigastre, si surtout le dépérissement était lent, et que le malade conservât ses forces, le diagnostic serait nécessairement incertain, car on pourrait penser avoir à faire à un cancer de l'estomac, qui marche d'une manière très-chronique, et l'absence d'une tumeur sensible à l'épigastre est loin, comme on sait, de pouvoir lever tous les doutes.

Nous ne prétendons pas d'ailleurs que les symptômes que nous avons indiqués soient les seuls existans, que le diagnostic de la maladie ne puisse reposer que sur eux seuls; nos conclusions ne sont que l'expression des faits que nous avons observés, et nous ne doutons pas que des observations nouvelles ne conduisent à de nouveaux signes, ou ne modifient ceux que nous venons d'indiquer, d'une manière quelconque. Rappelons-nous, enfin, que la maladie est quelquefois latente, et que les symptômes venant à manquer, le diagnostic en est absolument impossible. Le malade qui fait le sujet de la IXe observation nous a déjà donné un exemple de cette variété de l'affection : nous en avons recueilli un nouveau dernièrement, et nous allons le faire connaître d'une manière abrégée.

XIIIe Observation.

Il s'agit d'une femme de soixante-dix-sept ans, qui avait habité la Salpêtrière pendant dix-huit mois, et l'avait quittée depuis deux, attribuant à la nourriture de la maison le peu d'appétit qu'elle avait depuis

quelque temps. Des personnes charitables qui l'avaient recueillie, avaient essayé de lui faire prendre quelques alimens délicats; mais à peine en avait-elle pris quelques bouchées, qu'elle se trouvait rassasiée; elle ne mangeait avec plaisir que la soupe. D'ailleurs, point de nausées ni de vomissemens, ni de douleurs à l'épigastre (du moins les personnes qui voyaient habituellement et plusieurs fois le jour la malade, nous l'ont assuré); elle toussait depuis vingt ans environ, ne se plaignait que de son *asthme*, et fut conduite, trois mois après sa sortie de la Salpêtrière, à l'hôpital de la Charité, où elle ne put rendre un compte satisfaisant de son état, et mourut au huitième jour de son arrivée, sans avoir eu de vomissemens. A l'ouverture du cadavre, on trouva des tubercules et des excavations tuberculeuses dans les poumons, le cœur sain, le foie dans l'état naturel, l'estomac un peu verdâtre à l'extérieur du grand cul-de-sac; à l'intérieur, dans l'endroit correspondant et dans la largeur de la main, il était d'une couleur verdâtre ou d'un blanc bleuâtre, et offrait, dans cette partie, un grand nombre de vaisseaux larges et vides; la membrane muqueuse, là où la couleur verdâtre existait, était ramollie, sans consistance; elle manquait dans la plupart des points où on observait la couleur blanche et bleuâtre; dans le reste de son étendue elle était fauve, d'une épaisseur et d'une consistance naturelles; ses bords s'affaissaient graduellement au pourtour de la partie malade; la démarcation entre la portion lésée et celle qui ne l'était pas était extrêmement tranchée.

C'est ici le lieu de dire un mot sur la *nature* présumée de l'affection dont il s'agit. A ne considérer que les symptômes, nous ne pouvons y voir qu'une inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, une véritable gastrite; mais l'état de la membrane muqueuse amincie, décolorée, et quelquefois détruite, peut paraître moins concluant. Néanmoins, en examinant avec un peu d'attention ces trois circonstances principales, l'opposition qui paraît exister entre les symptômes et les lésions observées nous semble disparaître. En effet, sans parler du ramollissement, qui est la suite ordinaire de l'inflammation aiguë intense, l'amincissement, et même la destruction de la muqueuse n'ont rien qui répugne à l'idée de l'inflammation, puisque tous les jours nous voyons la peau s'ulcérer, s'amincir, disparaître entièrement, à la suite de l'application plus ou moins prolongée d'un vésicatoire. Par rapport à la décoloration, elle n'a pas été constante; la muqueuse ramollie et amincie, était, comme nous l'avons déjà remarqué, grise dans un cas (Obs. VII), uniformément rose dans un autre (Obs. VI); dans un troisième (Obs. V) elle faisait suite à une partie presque également amincie et ramollie, mais rouge, laquelle, à mesure qu'on s'éloignait du point indiqué, devenait successivement plus consistante et plus épaisse. Et quand bien même la décoloration serait constante, on ne pourrait rien en conclure contre notre proposition, la décoloration des tissus étant inévitable à une époque rapprochée de leur destruction. Enfin, nous observerons que, dans les points où la lésion qui nous occupe n'existait pas, on a trouvé dans plusieurs cas

(Obs. II, IV, VI, IX et XI) la membrane muqueuse inégale, mamelonnée et ulcérée, que cet état, comme nous le verrons bientôt, paraît être un résultat de l'inflammation ; en sorte que si d'un côté la décoloration ne repousse pas l'idée de l'inflammation, la rougeur observée quelquefois dans le cas de ramollissement avec amincissement, l'amincissement lui-même et l'état de la membrane muqueuse dans les parties contiguës à la lésion, y sont favorables.

Les rapprochemens les plus naturels ne garantissent pas toujours de l'erreur, aussi n'insisterons-nous pas plus long-temps sur une manière de voir que l'on peut considérer comme douteuse, d'autant plus que notre but a été, non de faire une théorie, mais de décrire un état pathologique non encore observé.

Pronostic. Nous n'avons dans aucun cas observé la maladie dans son état de simplicité ; chez la plupart des sujets, elle n'était que secondaire à une affection mortelle de sa nature, et l'on pourrait, par ces raisons, regarder les règles du pronostic comme de fort peu d'importance ici. Néanmoins, si l'on considère que la lésion qui nous occupe est quelquefois maladie principale, et peut causer la mort au moment où l'on s'y attend le moins, que quand elle est accessoire à une maladie inévitablement mortelle elle peut encore en accélérer de beaucoup le terme fatal, on conviendra que l'exactitude du pronostic serait d'un très-grand prix. Malheureusement nous n'en possédons pas les élémens, nous connaissons à peine les symptômes caractéristiques de la lésion, nous ignorons les signes propres à ses différens degrés, nous ne savons pas quand elle est inévitablement mortelle, quand elle

n'est pas encore au-dessus des ressources de la nature, et tout cela serait nécessaire pour asseoir un jugement certain sur son issue. L'expérience se borne à montrer, dans la lésion qui nous occupe, une altération extrêmement grave, et probablement mortelle, quand les symptômes qui peuvent la faire reconnaître ont duré un certain temps, et que la susceptibilité de l'estomac est telle, qu'il ne peut plus rien supporter.

Traitement. L'incertitude du pronostic fait pressentir celle du traitement, car il devrait différer suivant l'état plus ou moins avancé de la lésion, et nous venons de voir, tout-à-l'heure, que nous manquions des signes qui pourraient en faire connaître les degrés. Quoi qu'il en soit, si la maladie, accompagnée de peu de fièvre à son début, et de symptômes gastriques plus ou moins prononcés, engageait à essayer un émétique, et que cet émétique eût été donné sans succès, on devrait renoncer à cette médication, se rappeler que l'affection débute souvent d'une manière insidieuse, et recourir au traitement que l'on emploierait dans le cas où l'on n'aurait aucun doute sur sa nature. On ordonnerait donc les antiphlogistiques, en les proportionnant aux forces de l'individu. Mais si les accidens avaient déjà duré long-temps, que la susceptibilité de l'estomac fût extrême (auquel cas on pourrait soupçonner que la lésion de la muqueuse est irrémédiable), on ne devrait employer que des palliatifs. Toutefois nous observerons, par rapport au traitement de la première époque, que les antiphlogistiques ont été employés assez largement chez un de nos malades (Ob-

serv. VII), dans cette même période, sans empêcher la lésion de la membrane muqueuse de l'estomac de marcher comme dans les autres cas; et quant aux palliatifs, nous rappellerons aussi qu'à une époque avancée de la maladie tous les moyens employés l'ont été à-peu-près également sans succès.

Causes. Nous avons déjà vu dans quelles circonstances la maladie s'était déclarée, nous n'ajouterons qu'un mot à ce sujet. Les deux seuls cas dans lesquels l'affection paraisse avoir été déterminée par des causes manifestes, sont favorables à l'opinion que nous avons émise sur sa nature; l'un des sujets s'était livré à des excès de vin et d'eau-de-vie, trois jours de suite; l'autre vivait dans la misère depuis six mois, quand se développèrent les premiers symptômes gastriques. (Obs. VII et XI.) Toutefois nous n'oublierons pas que sur douze de nos malades dont l'histoire a été recueillie dans des salles qui contiennent un nombre égal de personnes de l'un et l'autre sexe, se trouvent huit femmes; et que si l'expérience venait à montrer que la maladie en question est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, il faudrait aussi en conclure, que ses causes excitantes les plus communes ne sont pas des excès de table, les femmes y étant moins adonnées que les hommes.

Telles étaient les conséquences qui nous semblaient découler naturellement des faits que nous avions recueillis, quand nous publiâmes notre mé-

moire, il y a deux ans et demi. Depuis cette époque, la lésion qui nous occupe s'est souvent présentée à notre observation, et toujours sous l'une ou l'autre des formes que nous avions indiquées. Sur deux cent vingt sujets morts de maladies chroniques, dans les salles Saint-Jean et Saint-Joseph, depuis les trois derniers mois de l'année 1822, jusqu'à ce jour, trente-trois offraient le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, dans une étendue plus ou moins considérable, vingt et un parmi les femmes, et douze parmi les hommes; ce qui vient à l'appui de ce que nous avions cru pouvoir conclure d'un petit nombre de faits, savoir, que cette lésion est plus commune chez les premières que chez les seconds. Nous l'avons rencontrée un peu moins fréquemment chez les sujets qui ont succombé à des maladies aiguës, douze fois sur cent quinze. Elle a été latente chez la sixième partie de ceux qui sont morts de maladies chroniques, a offert, dans les autres cas, l'ensemble des symptômes que nous avons décrits; et c'est parce que l'expérience n'a fait que confirmer nos premières vues, que nous avons cru devoir reproduire notre travail tel qu'il était d'abord : mais de nouvelles observations nous permettant d'ajouter quelque chose à ce qui a été dit, au sujet du pronostic principalement, nous allons les exposer. Les trois premières offrent, à un degré remarquable, tous les symptômes du ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, chez des femmes qui ont guéri; la quatrième est encore l'exemple de la même affection heureusement terminée, chez un homme qui a succombé bientôt après

à une autre maladie ; en sorte que toutes semblent indiquer que l'issue de la lésion qui nous occupe peut être heureuse, surtout si elle existe dégagée de toute complication grave.

XIVe Observation.

Une cuisinière, âgée de vingt-trois ans, d'une constitution sèche, ayant un caractère prompt et une sensibilité très-vive, tomba malade dans les derniers jours du mois d'avril 1825, et fut transportée, le 1er du mois suivant, à l'hôpital de la Charité. L'évacuation périodique, qui avait été régulière après sa première apparition à l'âge de onze ans, avait été supprimée, dix-huit mois avant la maladie actuelle, par suite d'une frayeur vive, et pendant quinze mois que dura cette suppression, il n'y eut d'autre incommodité qu'une légère diminution d'appétit. Revenues spontanément après cette époque, les règles furent encore supprimées par la même cause, six semaines avant l'admission de la malade à l'hôpital, et, comme après la première suppression, les phénomènes morbides se bornèrent à une légère diminution d'appétit. Le 22 avril, sans cause connue, douleur à l'épigastre, brisement dans les membres, soif vive, anorexie, nausées, frissons, tremblement, suivis de chaleur et de sueur. Ces symptômes persistèrent, les frissons se renouvelèrent tous les jours de la même manière, à la même heure, les sueurs furent rares, et dans la nuit du 30 avril au 1er mai, il y eut des vomissemens

de bile. La malade avait pris pour toute nourriture des bouillons ou quelques jaunes d'œufs, et avait éprouvé beaucoup de malaise dès le début, sans néanmoins renoncer à ses occupations.

Le 1er mai, facultés intellectuelles développées, figure calme, sans empreinte de douleur. céphalalgie, douleurs contusives vers les membres abdominaux, soif peu considérable, bouche pâteuse et amère, anorexie, langue naturelle au pourtour, grisâtre, et piquée de rose au centre; douleur pulsative à l'épigastre et dans une petite partie de l'hypochondre gauche, augmentant par la pression; douleur semblable dans la partie correspondante du dos, le reste du ventre souple et indolent; pouls large, régulier, donnant quatre-vingts pulsations par minute, chaleur modérée; respiration pénible, toux légère depuis le début; mouvemens libres, attitude naturelle, sentiment de faiblesse peu considérable. (Solution de sirop de gomme avec le jus de citron, *bis;* lavemens émoll.)

Les nausées continuèrent tout le jour, il y eut même quelques vomissemens de bile jaune peu épaisse. Le lendemain, 2, la douleur à l'épigastre persistait au même degré, le pouls ne battait que soixante-huit fois par minute; il y avait eu un léger frisson pendant la nuit, les autres symptômes n'avaient pas changé d'une manière sensible.

Les deux jours suivans l'état de la malade semblait stationnaire; elle eut de fréquentes nausées, beaucoup de hoquet et quelques vomissemens de bile un peu épaisse; son pouls était calme, il n'y eut pas d'évacuations alvines. On prescrivit, à la visite du 4, huit grains de calomel en deux pilules.

Quelques vomissemens de bile eurent lieu deux heures après la prise de ce médicament, mais la constipation persista. Le lendemain, la douleur dorsale continuait comme le premier jour, l'épigastre était indolent, il n'y avait pas de nausées; la langue était naturelle, sauf quelques villosités grisâtres au centre; le pouls calme, l'attitude comme dans l'état de santé. On ordonna douze grains de calomel en trois doses, et ils n'eurent pas d'autre effet que les huit grains donnés la veille.

On s'en tint à la solution de sirop de gomme, les jours suivans; les nausées, le hoquet et les vomissemens de bile continuèrent; ceux-ci furent même beaucoup plus nombreux dans la journée du 7 que dans les prédédentes. Le 8, la malade éprouvait du malaise et de l'anxiété, changeait fréquemment de place; son pouls était calme, et le caractère de l'affection paraissant encore incertain, on prescrivit douze grains d'ipécacuanha en deux doses.

Il y eut quelques vomissemens de bile après la première, et dans les trois heures qui suivirent, les nausées furent entièrement suspendues. Les vomissemens recommencèrent le soir du même jour, après la seconde dose. Le surlendemain l'épigastre était douloureux et le pouls toujours calme. (Solution de sirop de gomme, *bis*; lavemens émolliens.)

Les vomissemens continuèrent, la malade remplissait trois ou quatre crachoirs de bile en vingt-quatre heures: dans la journée du 11, elle vomit vingt fois. Le 12, à l'heure de la visite, le pouls était accéléré, battait quatre-vingt-douze fois par minute, l'épigastre était plus douloureux qu'à l'ordinaire, tout le ventre

un peu sensible à la pression. Les douleurs s'exaspéraient quelques minutes avant les vomissemens, étaient peu considérables dans leur intervalle ; il y avait de l'anxiété. (Deux livres de glace pour refroidir les boissons.)

Les vomissemens furent un peu moins nombreux dans la journée et dans celle du lendemain. Le 14, les douleurs du dos avaient augmenté, la soif était peu considérable, le pouls battait cent quatre fois par minute, était petit et faible ; l'anxiété continuait. (Trente sangsues à l'épigastre.)

Il y eut huit à dix vomissemens de bile dans la soirée, beaucoup de hoquet et de nausées. Le 15, le pouls était un peu moins accéléré que la veille, l'haleine fétide, la langue pâle au pourtour, blanchâtre au centre ; l'anxiété persistait, la malade ne savait quelle position tenir, et en changeait à tout moment. (Eau de Seltz.)

Cette nouvelle boisson ne produisit pas d'amélioration sensible, et le 17 on ordonna un vésicatoire de cinq pouces de diamètre à l'épigastre ; en même temps on supprima l'eau de Seltz pour s'en tenir à la solution de sirop de gomme, et on prescrivit des lavemens froids ; mais ce fut encore sans le moindre succès. Les nausées continuèrent, le hoquet fut fréquent, les vomissemens de bile répétés cinq à six fois dans la journée ; l'anxiété, les douleurs à l'épigastre et dans le dos, persistèrent à un degré plus ou moins considérable ; la respiration fut gênée, brève, fréquente, le pouls accéléré (cent trente pulsations par minute). Cependant la malade s'exprimait toujours avec vivacité, et ne se plaignait qu'au moment

où les douleurs s'exaspéraient ; le vésicatoire fournissait une abondante suppuration.

Le 23, la langue était un peu sèche au pourtour, jaunâtre et villeuse au centre, la chaleur brûlante, la voix éteinte par intervalles. On continua les lavemens froids, et on ajouta un demi-grain d'extrait gommeux d'opium dans chaque pinte de tisane.

La malade eut vingt à trente vomissemens de bile dans la journée ; le lendemain, elle était comme brisée, répondait encore avec une certaine vivacité aux questions qui lui étaient faites, et s'endormait dès qu'on cessait de lui parler ; sa langue était naturelle au pourtour, son pouls très-accéléré ; elle éprouvait fréquemment de l'agitation, et avait eu pendant la nuit une sueur copieuse.

Un peu moins nombreux dans la journée du 24 et du 25, les vomissemens devinrent de nouveau très-fréquens dans celle du 26 ; les efforts pour vomir furent extrêmement pénibles, les nausées et le hoquet presque continuels. Le 27, la chaleur était modérée ; le pouls, petit et faible, battait cent huit fois par minute ; on ordonna un grain d'opium en quatre pilules. Les symptômes ne changèrent pas sensiblement, et jusqu'au 1er juin la malade vomit de six à huit fois dans la journée une bile verte et plus ou moins épaisse, qui lui semblait fétide.

Le 1er juin elle accusait de vives douleurs aux arcades zygomatiques, les conjonctives étaient jaunâtres, l'épigastre très-sensible à la pression, la partie correspondante du dos un peu moins douloureuse qu'à l'ordinaire, tout le ventre un peu douillet, le pouls

régulier, la tête libre et indolente. (Bain, eau alcaline gazeuse, *bis.*)

Il y eut encore des nausées et quelques vomissemens le reste du jour; mais ils ne revinrent pas du 2 au 10 juin, et le hoquet ne persista que quelques jours. Le 5, la malade assurant avoir beaucoup d'appétit, on lui accorda un peu de lait, qu'elle prit avec plaisir et sans inconvénient. Le 9, elle mangea sans permission, quelques cuillerées de vermicel, et dans la nuit elle fit des efforts inutiles de vomissement. Le lendemain elle vomit un peu de bile à deux reprises différentes, ce quelle attribuait à la chaleur très-élevée de l'atmosphère, et à l'ingestion d'une trop grande quantité d'eau magnésienne à-la-fois. Les mêmes vomissemens se répétèrent les 14, 16, 17 et 18, accompagnés de malaise et quelquefois d'anxiété; pour la première fois-la malade pleurait, était au désespoir, craignant de retomber dans son premier état. Après avoir cessé pendant quinze jours, les nausées et les vomissemens reparurent encore le 3 juillet, et furent attribués à la suppression de l'eau magnésienne, qui manquait. et qu'on avait remplacée par l'eau de Seltz. La solution de sirop de gomme ayant encore déterminé de la pesanteur à l'épigastre le lendemain matin, la malade se priva de boissons le reste du jour, attendit jusqu'au 5 que l'eau magnésienne lui fût rendue, et, depuis, elle n'éprouva ni nausées ni vomissemens. Elle eut encore, par intervalles, dans le cours du mois de juin, quelques douleurs à l'épigastre et dans le dos; l'appétit alla croissant, et en général la digestion fut facile. Le 10 juillet la malade mangeait le quart de portion, et trouvait tout ce

qu'on lui donnait excellent ; le 18 elle était à la demi, le 22 aux trois quarts, et la digestion continua d'être régulière jusqu'au moment où elle quitta l'hôpital le 17 août, trois mois et demi après y avoir été admise.

La langue fut toujours naturelle à compter du premier juin. Du 2 au 12 du même mois, il y eut un peu de diarrhée, et le 12 la malade eut onze selles en vingt-quatre heures. On lui ordonna un lavement de lin et de têtes de pavot, avec un grain d'opium, et dès-lors la diarrhée diminua beaucoup ; mais elle ne disparut complètement que le 1er juillet, n'ayant été que bien rarement accompagnée de quelques coliques.

Le pouls conserva long-temps sa fréquence, battait cent vingt-quatre fois par minute le 15 juin, un peu moins souvent le 17, quatre-vingt-dix-huit fois le 26 : il était calme le 5 juillet, et fut encore un peu accéléré, par intervalles, dans la suite.

Il y eut de vives douleurs dans les membres au commencement de juin : le 5 tout le corps était douloureux, on ne pouvait toucher le pouls de la malade sans lui faire mal, et malgré cette extrême sensibilité de tout le corps, son humeur gaie n'était pas très-altérée. Cet état diminua peu après, puis disparut entièrement ; mais les articulations furent long-temps douloureuses; les forces se rétablirent avec lenteur ; la malade commença à faire quelques pas le 10 juillet, et pendant les quinze jours qui suivirent, ses jambes furent œdémateuses.

— —

Les symptômes éprouvés par la malade dont nous

venons de faire l'histoire, ont tant de ressemblance avec ceux qui ont été signalés dans les observations précédentes, qu'ils sembleraient avoir été calqués sur eux. C'est d'abord des douleurs à l'épigastre, des nausées, l'anorexie, la soif, des frissons, des douleurs dans les membres : ces symptômes persistent sans obliger la malade à quitter ses occupations, et, après huit jours de durée, s'accompagnent de vomissemens de bile. Ceux-ci deviennent successivement plus fréquens, continuent sans interruption pendant un mois, se répètent quatre, six, huit, dix fois le jour, quelquefois beaucoup plus, et paraissent céder à l'eau alcaline gazeuse : mais après avoir cessé pendant les dix premiers jours de juin, ils reviennent encore plusieurs fois la semaine suivante, après quoi ils ne reparaissent plus; l'appétit fait des progrès continuels, et la malade est mise successivement au lait pour toute nourriture, aux potages, au demi-quart de portion, etc., qui sont digérés sans peine; les douleurs épigastriques cessent peu après les vomissemens; il en est de même du hoquet et des douleurs de dos, qui avaient sans doute la même cause que celles de l'épigastre, c'est-à-dire la maladie de la membrane muqueuse de l'estomac. Le pouls, qui était resté calme dans les premiers jours qui suivirent l'entrée de la malade à l'hôpital, s'accélère quelque temps après; cette accélération va croissant, est accompagnée d'un peu de chaleur, ne disparaît que long-temps après l'époque à laquelle la convalescence paraît confirmée, et seulement quand la malade a recouvré ses forces; la céphalalgie est rare, l'anxiété n'existe que quand les vomissemens sont très-nombreux; l'intelligence

reste intacte, il n'y a de prostration dans aucun temps. La langue, quelquefois villeuse et jaunâtre au centre, reste toujours naturelle ou un peu pâle au pourtour, ce qui s'accorde assez mal, sans doute, avec la doctrine physiologique, sans être moins conforme à ce qu'on observe assez ordinairement.

Ne doit-on pas croire, d'après cela, qu'il y a eu ici gastrite intense, ramollissement et amincissement de la membrane muqueuse de l'éstomac dans une partie plus ou moins considérable de son étendue, et que la malade a guéri en conservant quelques traces de cette lésion?

L'absence de chaleur et de fièvre à une certaine époque de la maladie, engagèrent M. Chomel à essayer l'ipécacuanha; mais du moment où la fièvre se prononça, il recourut au traitement antiphlogistique. Ce traitement, employé à une époque déjà éloignée du début, quand la diminution des forces était considérable, fut peu énergique, il est vrai, et l'on sera peut-être porté à croire que des évacuations sanguines répétées auraient dissipé les accidens d'une manière plus rapide; mais la chose nous semble pour le moins douteuse, vu le peu de succès des antiphlogistiques dans des cas analogues. Quoi qu'il en soit de cette question, à laquelle il est inutile de nous arrêter davantage, nous remarquerons que les symptômes généraux, ordinairement si utiles à consulter quand il s'agit de la détermination du traitement, sont rarement d'une grande importance pour le diagnostic, vu que nombre de maladies, et parmi elles les affections aiguës, dans quelques cas, ne donnent lieu qu'à des symptômes locaux; que dans celui qui nous occupe,

la persistance des douleurs à l'épigastre, des nausées et des vomissemens, après l'usage des boissons délayantes, aurait dû éclairer sur la nature de la maladie, et dissiper l'incertitude du diagnostic que nous partageâmes avec M. Chomel.

Parmi les causes qui ont pù concourir à développer la maladie qui nous occupe, on pourrait peut-être compter la suppression des règles, qui avait déterminé la diminution de l'appétit sans aucun autre symptôme.

XVe Observation.

Une fille âgée de vingt ans, d'une constitution médiocrement forte, d'une taille assez élevée, eut ses premières règles à l'âge de quinze ans. Supprimées au troisième mois de leur apparition, par suite de l'immersion des pieds dans l'eau froide, on chercha vainement à les rappeler au moyen de saignées générales et locales; elles ne se rétablirent qu'à l'âge de dix-neuf ans, et furent dès-lors très-irrégulières, venant toutes les deux, trois ou quatre semaines. D'ailleurs la santé n'avait pas été sensiblement dérangée pendant leur suppression. Un mois avant l'époque à laquelle nous l'observâmes, la malade fit une chute sur la tête, et eut, trois jours après, un érysipèle à la tête, pour lequel on la transporta à l'hôpital de la Charité, dans une salle de chirurgie. Cet érysipèle fut accompagné d'un délire assez violent pendant trois jours, nécessita plusieurs incisions au cou,

s'étendit à la poitrine et aux bras, et après trois semaines de séjour à l'hôpital la malade fut transférée dans la salle Saint-Joseph (service de M. Chomel), le 14 septembre 1823. Alors elle nous apprit qu'elle avait eu, dès le commencement de l'érysipèle, des nausées et des vomissemens de bile; qu'ensuite ces symptômes avaient continué sans interruption; qu'elle avait depuis neuf jours des douleurs à l'épigastre, un peu de toux, et des frissons irréguliers depuis cinq. Vingt sangsues avaient été appliquées à l'épigastre le 12, sans le moindre succès.

Le 15, desquamation de la peau dans les points où avait eu lieu l'érysipèle, physionomie naturelle, un peu de céphalalgie et de douleurs dans les membres, comme depuis huit jours, intelligence développée; bouche pâteuse et amère, langue médiocrement large, d'un rouge bleuâtre, nausées continuelles, douleurs à l'épigastre, tout le ventre un peu endolori, mais souple; une selle le jour précédent; pouls petit et faible, battant quatre-vingt-quatorze fois par minute, chaleur modérée; toux rare. La malade se croyait sans fièvre. (Limonade, *bis*, lavem. émoll.)

Il y eut dans la journée de nombreux vomissemens de bile, des coliques, et neuf selles liquides; pendant la nuit la chaleur fut forte et accompagnée de sueur. Le lendemain, on ordonna quinze grains d'ipécacuanha et un cataplasme émollient à l'épigastre.

Des vomissemens de matière incolore suivirent de près l'administration de la poudre; ils furent bilieux pendant la nuit, et la diarrhée persista au même degré que la veille. Le 17, la soif était modérée, la céphalalgie peu considérable, le pouls un peu petit et un

peu moins fréquent que les premiers jours. (Limonade, viol. oxym., pot. gomm., lavem. émoll., fomentat. émoll.)

Les vomissemens de bile et les douleurs épigastriques continuèrent, la diarrhée fut un peu moins considérable. Le 19, le pouls battait quatre-vingt-douze fois par minute, et on prescrivit l'application de quinze sangsues à l'épigastre. Il y eut moins de vomissemens de bile le lendemain, sans que la malade en éprouvât un mieux sensible.

Le 21, la figure portait l'empreinte du malaise, était médiocrement animée, la langue nette et un peu rouge, la douleur à l'épigastre assez vive, le pouls un peu moins accéléré que le 19, la chaleur peu élevée. Les vomissemens de bile persistèrent, et le 24 on ordonna un large vésicatoire à l'épigastre, la solution de sirop de gomme acidulée, et des fomentations émollientes : le pouls était calme.

Le 28, les symptômes n'avaient pas sensiblement changé, et la malade étant constipée depuis huit jours, on lui administra une once d'huile de ricin, mêlée à deux onces de sirop tartareux.

Cette potion fut vomie un quart-d'heure après avoir été prise, et néanmoins il y eut deux selles dans la journée. Le lendemain, la langue était moins rouge qu'à l'ordinaire, l'épigastre indolent, le pouls calme, et on ordonna deux gros de sel de Glauber dans une pinte de tisane.

La malade eut encore des évacuations alvines, des vomissemens d'un liquide roux, au fond duquel était une matière floconneuse (muqueuse probablement)

tachée de rouge. Le 30, l'épigastre était douloureux, la langue plus rouge qu'à l'ordinaire.

Du 1er au 6 octobre, nausées fréquentes, vomissement des boissons, beaucoup plus rarement de bile. (Eau d'orge coupée avec un peu de lait.)

Le 7, abattement, malaise plus considérable qu'à l'ordinaire. (Cataplasme, huile opiacée en onctions sur l'abdomen, boissons glacées.)

Le 8, la figure était plus naturelle, le malaise moins prononcé, la soif peu considérable, la langue presque dans l'état normal, les nausées continuelles cependant, le ventre et toute la poitrine extrêmement sensibles à la pression; l'émission de l'urine souvent difficile, quelquefois même la malade faisait des efforts inutiles pour la rendre; elle accusait une douleur à l'hypogastre, et la comparait à une barre; la chaleur était douce, le pouls battait quatre-vingt-quatre fois par minute. (Demi-gr. d'ext. gomm. d'op.)

Les vomissemens de bile verte revinrent dans la journée, et continuèrent, plus ou moins nombreux, les jours suivans; le pouls était petit et faible, il y eut de vives douleurs aux articulations. (Un grain d'extr. gom. d'op. dans une pot. gomm.)

Le 17, la langue était rouge et nette, la douleur à l'épigastre très-vive par la pression, le pouls petit, régulier, à soixante-dix-huit; la faiblesse si considérable, que la malade ne pouvait se tenir sur sa chaise. Elle avait eu, la veille, plusieurs évacuations alvines de couleur brunâtre; les nausées et les vomissemens continuaient.

Ils persistèrent jusqu'au 24, et ne reparurent pas ensuite. Les douleurs épigastriques devinrent suc-

cessivement moins considérables, et cessèrent de se faire sentir à compter du 15 novembre. Du 18 au 30 du même mois, il y eut une diarrhée assez forte; elle fut moindre dans les premiers jours de décembre, réduite à deux ou trois selles en vingt-quatre heures pendant tout ce mois, et les évacuations alvines étaient régulières le 10 janvier quand la malade quitta l'hôpital. La langue fut long-temps rouge, et ne devint naturelle que dans la dernière moitié du mois de décembre. L'appétit commença à se faire sentir le 24 octobre, augmenta ensuite assez rapidement, et subit de fréquentes variations. Le 27, la malade prit trois petites tasses de lait qui n'occasionèrent, comme les tisanes, qu'un peu de pesanteur à l'épigastre. Le 6 novembre on lui accorda le demi-quart de portion, et un peu de bœuf bouilli détermina un léger malaise, tandis que des lentilles ne lui causèrent aucune incommodité. Le 11, elle prenait le quart de portion; le 22, on la réduisit, à cause de la diarrhée, à trois demi-crêmes de riz seulement, et on n'alla pas au-delà pendant tout le reste du mois. On permit un peu de volaille au commencement de décembre. Le 13, on donna le quart de portion, et peu après la demie, que la malade mangeait encore à sa sortie de l'hôpital.

A compter du 27 octobre, il y eut de vives douleurs dans différentes parties du corps. Elles occupèrent d'abord les membres, étaient considérables, le 5 novembre, dans la fosse iliaque du côté droit et dans les genoux, accompagnées d'une chaleur vive, mais sans enflure, dans ces derniers; le 9, tout le corps était d'une si extrême sensibilité, qu'on ne pouvait en toucher une partie quelconque, sans exciter

de vives douleurs; il y en avait une très-forte sous le sein du côté droit : elle fut encore assez considérable les jours suivans, et ne disparut que le 28. Il y eut par intervalles des élancemens dans la fosse iliaque droite, et le 14 décembre les mêmes douleurs se déclarèrent à la plante des pieds : elles augmentèrent les jours suivans, par l'effet de la marche, et disparurent le 4 janvier, à la suite d'une éruption cutanée qui ne dura que quelques jours. On combattit ces divers accidens par l'emplâtre de thériaque avec addition de huit à dix grains d'opium et par les bains. La toux qui existait depuis le début, fut toujours peu incommode.

Le pouls devint très-accéléré quand le dévoiement fut considérable, et les douleurs de poitrine très-vives. Le 22 novembre il battait cent vingt fois par minute, était petit et faible ; le 8 décembre, cent quatre fois, et il ne reprit son état habituel qu'au mois de janvier. La malade était sensible au froid, eut des frissons par intervalles, mais sans rapport avec les douleurs de poitrine, ou autres, et elle ne se plaignit d'avoir trop chaud, dans aucun temps.

Elle témoigna de loin en loin beaucoup d'inquiétudes sur sa santé, eut rarement des maux de tête, et jouit, tout le temps qu'elle fut soumise à notre observation, du libre usage de ses facultés intellectuelles. L'expression et la couleur du visage ne furent sensiblement altérés que du 21 au 25 novembre ; à cette époque la faiblesse était considérable, et elle ne se dissipa que très-lentement.

Sauf la complication de l'érysipèle et la durée des

accidens, il y a, comme on voit, bien peu de différence entre cette observation et la précédente. Les vomissemens débutent avec l'érysipèle, l'accompagnent dans tout son cours, continuent, presque sans interruption, pendant le premier mois que la malade est soumise à notre observation, en totalité près de deux mois; les douleurs épigastriques sont plus ou moins vives, durent le même espace de temps : l'appétit revient après la cessation des vomissemens, mais la digestion est pénible pendant plusieurs jours ; une diarrhée assez forte, accompagnée de coliques, se déclare aussi après la cessation des vomissemens, et diminue avec lenteur. A la même époque des douleurs très-vives se manifestent dans différentes parties du corps, et le parcourent presque en entier. Le pouls, qui était un peu accéléré lors des vomissemens, le devient beaucoup plus au début de la diarrhée, et conserve long-temps sa fréquence, alors même que déjà la convalescence paraît confirmée : enfin, les forces ne se rétablissent qu'avec lenteur.

Les réflexions faites au sujet de l'observation précédente s'appliquent trop naturellement à celle-ci pour qu'il soit utile de les reproduire, et nous nous bornerons à remarquer que, bien qu'il y eût identité dans les symptômes, l'état de la langue était loin d'être le même dans les deux cas; que, presque toujours naturelle dans le premier, elle fut presque constamment rouge dans celui-ci; que par conséquent sa couleur n'est d'aucune importance dans le diagnostic de la gastrite, car, autrement, il faudrait admettre ou n'admettre pas cette affection, quand d'ailleurs tous les autres symptômes sont les mêmes, ce qu'on

ne saurait soutenir. Nous observerons encore que la malade jouit, à toutes les époques de sa longue maladie, de l'intégrité de son intelligence; que sa faiblesse fut proportionnée au défaut d'alimentation, et aux pertes plus ou moins considérables qu'elle faisait journellement; qu'il n'y eut de prostration dans aucun temps, même à l'époque où les vomissemens furent remplacés par une assez forte diarrhée, ce qui achève de montrer l'exacte ressemblance de cette affection heureusement terminée, avec celles du même genre, mais plus ou moins compliquées, dans le cours desquelles les malades ont succombé.

Enfin, les vives douleurs qui occupèrent successivement presque toutes les parties du corps, établissent une dernière similitude entre cette observation et la précédente, et provenaient sans doute, dans les deux cas, des longs efforts de vomissemens; ce qui expliquerait pourquoi elles ont été plus variées, et surtout plus fortes dans le second que dans le premier.

XVIe Observation.

Une fille âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution médiocrement forte, d'un caractère décidé, ayant peu d'embonpoint, était malade depuis huit jours, quand elle fut admise à l'hôpital de la Charité, le 3 octobre 1825. Née à Thionville, arrivée à Paris depuis six semaines, elle s'exprimait difficilement, ce qui nous força de borner nos questions aux accidens développés depuis le début de sa maladie actuelle,

dont les premiers symptômes avaient été une douleur obtuse à la partie supérieure du sternum, et l'anorexie complète : des frissons suivis de chaleur et de sueurs s'y étaient joints, et s'étaient répétés tous les jours dans les cinq derniers, à dix heures du matin ; dès-lors il y avait eu un peu de toux, des maux de tête, et aphonie par intervalles. Les selles avaient été rares, l'épigastre indolent, et la malade n'avait pas cessé de travailler.

Le 4 août, au moment de la visite du matin, figure naturelle, céphalalgie frontale, membres libres et indolens, anorexie sans dégoût ; langue naturelle au pourtour, un peu grisâtre au centre ; soif nulle, abdomen souple et sans la moindre douleur dans toute son étendue ; constipation, urine facile ; respiration peu accélérée, toux vive, aphonie par intervalles : pouls calme, chaleur douce, attitude naturelle. (Solution d'oxym., tisane de chicor., deux tasses ; deux demi crêmes de riz.)

L'accès eut lieu à la même heure que les jours précédens, et le lendemain l'état de la malade n'avait pas changé d'une manière appréciable. (Sulfate de kinine, VI gr. ; lav. émoll.)

Le même jour le frisson ne vint qu'à deux heures de l'après-midi, le sulfate de kinine fut rendu peu de temps après avoir été pris, et le 6, à huit heures du matin, il y eut un nouveau frisson ; un peu plus tard, à dix heures, la chaleur était établie, la figure un peu rouge, le pouls médiocrement accéléré. (VIII gr. de sulf. de k. en quatre doses.)

Les frissons ne revinrent plus dès ce moment ; mais jusqu'au 12 (époque à laquelle on cessa d'adminis-

trer le sulfate de kinine), il y eut journellement des accès de chaleur, qui revenaient à des heures variées, le matin ou le soir, et ordinairement sans sueur. Dans la soirée du 9, la malade eut quelques vomissemens de bile. Le 10, à l'heure de la visite, elle avait des nausées; le soir, elle rendit encore beaucoup de bile; elle était à-peu-près dans le même état le lendemain, et rendit par la bouche, au milieu des vomissemens, un ver lombric.

Le 12, les vomissemens de bile continuaient, l'épigastre était le siége d'une douleur piquante, profonde, que la pression n'augmentait pas; le pouls à peine accéléré, la chaleur naturelle, la langue dans l'état normal; les pupilles avaient une largeur convenable, il n'y avait pas de prurit à l'extrémité du nez. (Limon., lav. émoll.)

Le même jour et le lendemain, les vomissemens de bile furent nombreux et les efforts de vomissement presque continuels. Le 14, malaise, anxiété, expression d'une profonde tristesse, céphalalgie intense, douleurs sur les parties latérales et inférieures de la poitrine, langue naturelle, épigastre indolent, pouls un peu accéléré, chaleur très-médiocrement élevée. (Eau de Seltz coupée avec une solution de sirop de gomme.)

Les vomissemens ne furent pas moindres que la veille, et la malade rendit encore un ver lombric. Le 15 au matin, céphalalgie peu considérable, malaise, morosité, épigastre indolent, constipation depuis cinq jours, vives douleurs au-dessous des mamelles.

Ces symptômes persistèrent, et le 18 la malade rendit pour la troisième fois un ver lombric. Le même jour des

lavemens purgatifs lui furent administrés sans succès : le 19, on en prescrivit d'eau simple à la glace, et le même jour il y eut deux selles. En même temps la malade prit des boissons très-froides, et, le 22, on ordonna l'application d'un vésicatoire à l'épigastre. Les vomissemens qui avaient continué sans interruption, cessèrent le 24, reparurent encore les trois jours suivans, et furent complètement dissipés le 28, époque à laquelle la malade prenait de l'eau alcaline gazeuse, depuis deux jours. Les nausées ne cessèrent qu'au 1er novembre, et dès-lors l'appétit se fit sentir. Pendant huit jours la malade ne prit que quelques crêmes de riz, après quoi on augmenta par degrés la dose de ses alimens, de manière que dans la dernière semaine de novembre elle fut mise à la demi-portion. Alors ses digestions étaient faciles, et elles continuèrent à l'être jusqu'au moment où elle quitta l'hôpital, le 4 novembre suivant. La langue fut toujours dans l'état naturel, ou seulement un peu grisâtre au centre; la soif modérée. les selles rares pendant quelque temps encore, puis régulières.

La chaleur, qui était peu considérable dans la matinée, fut assez vive le soir et pendant la nuit, tant que durèrent les vomissemens; puis elle redevint naturelle. Le pouls, dont la fréquence avait augmenté successivement, battait cent cinq fois par minute le 25 octobre; sa vitesse diminua peu après la cessation des vomissemens, et, dans les derniers jours de novembre, il était parfaitement calme.

La toux ne dura que quelques jours, et à part un peu d'accélération pendant la durée des phénomènes gastriques, la respiration n'offrit rien de remarquable.

Les douleurs de tête furent rares; il y en eut d'assez vives dans les lombes; celles-ci persistaient encore quand la malade sortit de l'hôpital, malgré des frictions faites avec de l'eau-de-vie camphrée, plusieurs jours de suite, et quelques bains tièdes. Les forces se rétablirent avec assez de promptitude dès qu'on put accorder, sans inconvénient, la demi-portion.

Bien que la douleur à l'épigastre ait manqué à-peu-près complètement, nous croyons devoir rapporter cette observation à la lésion qui nous occupe. Comme dans les deux dernières, en effet, la maladie avait débuté par des symptômes peu intenses, qui la réduisaient, dans les premiers jours, si l'on en excepte les accès de fièvre quotidiens, à un peu de douleur de tête et à l'anorexie. A une époque plus avancée, le pouls fut constamment accéléré, la chaleur plus ou moins forte, les vomissemens de bile continus. Ces vomissemens ne durèrent que vingt jours, beaucoup moins que dans les XIVe et XVe observations; mais nous avons trouvé la membrane muqueuse de l'estomac profondément altérée, chez le sujet de la première, bien que les vomissemens n'eussent commencé que vingt-cinq jours avant la mort, de manière que tout semble indiquer qu'ici, comme dans les autres cas, la lésion de la muqueuse gastrique a dû être extrêmement grave.

A la vérité, la malade qui nous occupe ayant rendu des vers lombrics par la bouche, quelques personnes croiront peut-être devoir attribuer à leur présence dans l'estomac les symptômes observés. Mais si l'on

réfléchit que ces symptômes ont été, comme nous venons de le dire, en tout semblables à ceux qui ont eu lieu dans le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac; que nombre de malades rendent des vers par la bouche, sans éprouver les accidens qui viennent d'être indiqués; que ceux qui sont dus à la présence des vers n'ont pas la continuité de ceux qui ont été observés; que ceux-ci ont persisté au-delà de l'époque à laquelle la malade a cessé de rendre des vers, ont débuté bien avant l'apparition de ces derniers (ce qui tendrait à faire croire qu'ils n'ont été portés dans l'estomac que consécutivement); si l'on réfléchit, disons-nous, sur toutes ces circonstances, on sera porté à croire que dans ce cas la source des symptômes était encore la même que dans les précédens.

Remarquons encore que si les douleurs observées dans différentes parties du corps ont été moins vives et moins variées chez la malade qui nous occupe, que dans les deux précédentes observations, c'est sans doute parce que les vomissemens et les efforts de vomissemens auxquels il faut les rapporter en grande partie, ont été moins prolongés.

Si ces observations paraissaient insuffisantes pour montrer que la gastrite dans laquelle la membrane muqueuse de l'estomac est amincie et ramollie à un certain degré, est susceptible de guérison, la suivante, dans laquelle le malade, après avoir échappé à cette affection, a succombé à une autre maladie, leverait tous les doutes.

XVIIe Observation.

Un plombier, âgé de trent-six ans, d'une constitution assez forte, d'une taille moyenne, faisant quelquefois des excès de vin, ayant la respiration libre quoique assez souvent enrhumé, fut admis à l'hôpital de la Charité le 11 juillet 1825. Il était malade depuis six semaines, et sa maladie avait débuté par un tremblement suivi de chaleur et de sueur; ces symptômes avaient reparu tous les jours pendant trois semaines, peu considérables dans les deux dernières, après quoi ils étaient revenus en tierce et très-régulièrement. La soif avait été peu considérable, l'anorexie complète les jours de pyrexie, ou dans leur intervalle, et le malade n'avait pris qu'un peu de nourriture : d'ailleurs, il n'avait eu ni nausées, ni vomissemens, ni diarrhée, et avait beaucoup maigri. Ses jambes étaient devenues œdémateuses dans les trois dernières semaines, et sa faiblesse si considérable, qu'il n'avait pu venir à pied à l'hôpital. Il avait pris des tisanes, dont aucune n'était amère.

Le 12 juillet, figure un peu pâle, mais naturelle, céphalalgie assez intense néanmoins, et générale; léger œdème des membres inférieurs, sentiment de faiblesse considérable; anorexie, soif modérée, langue un peu villeuse au centre, d'ailleurs dans l'état normal; sensation pénible, oppression légère à l'épigastre, le reste du ventre souple et indolent; une selle molle la veille; pouls peu accéléré (quatre-vingts

pulsations par minute), chaleur douce; toux rare et sèche, à-peu-près comme depuis neuf jours, époque de son début. (Limonade; chicorée, deux tasses; trois bouillons.)

Il y eut quelques frissons dans la soirée. Le lendemain, l'état du malade n'avait pas sensiblement changé; le 16, il eut quelques nausées, et le 17 on ordonna deux grains d'émétique qui procurèrent deux évacuations alvines sans vomissemens: il n'y avait pas eu de frissons depuis le 13, et ils ne reparurent pas dans la suite. Depuis le même jour, la tisane amère avait été supprimée, et la limonade remplacée par une décoction de chiendent oxymellée.

Les nausées continuèrent, et le malade fut à-peu-près dans le même état jusqu'au 25, sauf l'addition du hoquet, un peu de dévoiement, et une légère augmentation dans la vitesse du pouls.

Le 25, ces symptômes persistaient, l'expression de la physionomie, la langue et l'anorexie étaient comme le premier jour, la soif vive, l'haleine fétide. Il y eut dans la journée un vomissement de bile jaune.

Le 26, pouls calme, céphalalgie persistante, état stationnaire.

Le 1er août, le défaut d'appétit était toujours le même, il n'y avait ni hoquet ni nausées, l'épigastre était indolent, les selles naturelles, le pouls battait soixante-douze fois par minute. On ordonna un vermicel, qui fut pris sans plaisir, mais aussi sans malaise, et sans rappeler les nausées.

Le lendemain, le malade se trouvait bien. Il mangea un peu dans la journée du 3, et eut, la nuit suivante, des vomissemens. On prescrivit, à la visite du 4, une

légère infusion de tilleul avec le sirop de gomme, un lavement de lin et trois bouillons. Il y eut dans la journée un vomissement de bile.

Le 5, au moment de la visite, le malade accusait un peu d'appétit, et un peu plus tard il vomit ses boissons.

Le 6, la langue était uniformément blanchâtre, l'anorexie complète, la soif assez vive, l'épigastre indolent; il y avait du hoquet, des nausées et des vomissemens; les selles étaient rares, la faiblesse très-marquée, le pouls calme. (Eau de Seltz avec le sirop de gomme.)

Ces symptômes persistèrent, la faiblesse fit des progrès; il y eut des nausées, des hoquets et des vomissemens de bile plus ou moins nombreux, tous les jours, jusqu'au 24, après quoi l'appétit revint, et on accorda quelques tasses de lait au malade; bientôt on lui prescrivit une nourriture successivement plus abondante et plus forte, de manière que le 17 septembre il mangeait la demi-portion, et digérait sans peine.

Dans la nuit du 18 au 19, les vomissemens reparurent; du 19 au 24 ils se renouvelèrent encore plusieurs fois, l'appétit fut très-faible, la langue pâle, l'épigastre indolent, les selles régulières, le pouls calme.

Du 25 au 27, délire par intervalles.

Le 28, les pupilles étaient très-dilatées, le malade comprenait ce qu'on lui disait, montrait sa langue, qui était dans l'état naturel, mais ne disait pas un mot. Il eut des selles involontaires pendant la nuit. (Vésic. à nuque.)

Le 29, ses pupilles conservaient la même largeur; sa physionomie était celle d'un homme profondément distrait; il répondait par oui et par non, et quand on

lui parlait de douleur de tête, il montrait lentement le front : le pouls était calme.

Le 1er octobre, la vue était bonne, le malade distinguait les lits placés vis-à-vis le sien, et nommait leurs numéros, bien que la dilatation des pupilles fût toujours considérable. Il avait l'air hébêté, un peu de roideur dans les bras, et n'éprouvait point de douleur de tête ; le pouls n'avait pas changé de caractère. (Vésicatoire aux jambes.) Le 2, le visage était animé, l'intelligence plus obtuse que la veille, l'urine involontaire ; il y avait de l'assoupissement par intervalles. Le 3, les bras étaient absolument insensibles, quoique jouissant de la faculté de se mouvoir, le pouls un peu accéléré. Le 4, persistance de la dilatation des pupilles, occlusion presque constante des paupières, roideur modérée des bras, air d'indignation, pouls peu accéléré, chaleur modérée : elle fut un peu plus vive au milieu du jour, et alors le malade avait la poitrine découverte et un air de satisfaction très-remarquable ; le soir, ses traits avaient pris l'empreinte de la fureur. Le 5, à l'heure de la visite, ils étaient affaissés, le globe de l'œil offrait de fréquentes oscillations, les paupières étaient alternativement fermées et ouvertes, les membres roides et agités d'un tremblement pareil à celui d'un accès de fièvre. Les mêmes symptômes persistèrent toute la journée, et le malade mourut le lendemain, à six heures du matin, ayant complètement perdu connaissance depuis trois jours.

Ouverture du cadavre vingt-six heures après la mort.

État extérieur. Deuxième degré de marasme. Rien autre chose de remarquable.

Tête. Les os avaient une épaisseur et une consistance moyennes ; l'arachnoïde n'offrait que quelques granulations miliaires près de la scissure médiane, était peu humide, et formait, avec la pie-mère, un feuillet très-mince, qu'on enlevait plus aisément que de coutume. Les circonvolutions cérébrales étaient aplaties, et de part et d'autre du sillon médian il y avait une fluctuation évidente, du côté gauche surtout. Les ventricules latéraux étaient extrêmement dilatés, communiquaient largement entre eux par leur extrémité antérieure, et contenaient cinq à six onces d'un liquide un peu trouble, au fond duquel on trouvait quelques flocons albumineux et une petite quantité de pus verdâtre, dont le volume pouvait être égal à celui d'un pois de moyenne dimension. L'arachnoïde ventriculaire avait l'épaisseur de la membrane muqueuse de l'intestin grêle à sa partie moyenne, peu de consistance, et un peu plus de fermeté dans la portion supérieure des ventricules que dans le reste de leur étendue. La cloison demi-transparente était entière, et, comme le reste de la cavité dont elle faisait partie, tapissée par un feuillet très-épaissi de l'arachnoïde. Les substances corticale et médullaire du cerveau, la protubérance et le cervelet étaient dans l'état naturel.

Col. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère parfaitement sains.

Poitrine. Les poumons étaient libres, si ce n'est à leur sommet, dans la hauteur d'un pouce, où ils offraient quelques adhérences celluleuses, une surface dure et inégale, et à l'intérieur, un grand nombre de granulations demi-transparentes, mêlées avec un peu de mélanose : ailleurs ils étaient parfaitement sains. Les bronches étaient dans l'état naturel. Le cœur avait un volume convenable; son ventricule gauche était un peu mou. L'aorte contenait du sang liquide et avait conservé la couleur qui lui est propre.

Abdomen. L'œsophage était sain, mais sans épiderme; l'estomac avait un petit volume, et contenait un peu de liquide roux. Sa membrane muqueuse offrait une couleur gris-bleuâtre, un aspect mamelonné dans la plus grande partie de son étendue, et généralement une épaisseur et une consistance convenables. Elle présentait, dans le sens de la grande courbure, des bandes d'un jaune roux, de trois à quatre lignes de large, sur cinq à six pouces de long, au niveau desquelles son épaisseur était moindre de plus de moitié que dans le reste de son étendue, sa consistance n'étant pas d'ailleurs sensiblement diminuée. A trois pouces du pylore, et près de la grande courbure, elle formait cinq plis rayonnans, d'un pouce et demi de longueur environ, et était si adhérente au point de leur réunion, qu'il était impossible de l'enlever avec la lame d'un scalpel, autrement que par le grattage : dans le même point le tissu sous-muqueux était fort épaissi, de manière que tout semblait y démontrer une cicatrice. Au-dessus se trouvait une tache blanchâtre, au niveau de laquelle la membrane muqueuse était mince, comme dans la longueur des bandes qui ont été dé-

crites. Le duodénum était dans l'état naturel. L'intestin grêle contenait une assez grande quantité de liquide roux et épais. Sa membrane muqueuse était pâle et grisâtre, généralement un peu moins consistante que dans l'état ordinaire, surtout dans ses cinq derniers pieds, où elle était très-cassante. Le gros intestin était distendu par des gaz, et par des matières fécales d'un jaune brun, pultacées, ou moulées, formant une masse considérable dans le rectum. Sa membrane muqueuse offrait dans quelques points une légère injection, était ramollie dans le cœcum et au commencement du colon droit, puis d'une consistance et d'une épaisseur convenables. Les glandes mésentériques étaient dans l'état naturel. — Le foie avait un petit volume, une couleur rouge obscure, peu foncée, était mou et facile à déchirer. Les autres viscères de l'abdomen étaient parfaitement sains.

Ici, comme dans la plupart des douze premières observations de ce mémoire, nous trouvons un rapport bien remarquable entre l'état de la membrane muqueuse de l'estomac et les symptômes gastriques observés. Le retour des forces, la régularité des digestions déjà rétablies au moment où des accidens se manifestèrent du côté du cerveau, indiquent qu'à cette époque la maladie de la membrane muqueuse de l'estomac avait disparu, sinon entièrement, du moins en très-grande partie; et la bonne consistance de cette membrane confirme cette manière de voir, comme son amincissement au niveau des bandes et de la plaque indiquées semble attester une lésion de la nature

de celle dont nous nous occupons, lésion qui avait rétrogradé, et qui, dans cet état, eût sans doute été compatible avec la santé, si le malade n'eût été emporté accidentellement par une affection cérébrale. L'amincissement par bandes longues et étroites n'était pas, à la vérité, la seule lésion de la membrane muqueuse de l'estomac; elle offrait encore l'état mamelonné qu'il est si ordinaire d'observer dans les cas analogues; et cet état, qui paraît, comme nous le dirons bientôt, le produit d'une inflammation chronique, était peut-être la seule lésion existante avant le début des vomissemens, c'est-à-dire pendant les six semaines qui précédèrent l'admission du malade à l'hôpital. Il est à remarquer en effet, que dès les premiers jours de cette période l'anorexie fut complète, qu'il y eut un sentiment de malaise à l'épigastre, que les forces diminuèrent rapidement, et que ces symptômes, étrangers aux simples fièvres d'accès, indiquent d'une manière assez sûre la lésion d'un organe important, dès cette époque. Cette manière d'envisager les faits nous semble d'autant plus exacte, que l'état mamelonné de la membrane muqueuse de l'estomac ne paraît donner lieu, ainsi que nous le verrons à la fin de ce mémoire, qu'à des symptômes obscurs. Ainsi, en partageant l'histoire de notre malade en deux époques principales, nous voyons dans la première un dérangement plus ou moins profond des digestions, sans nausées et sans vomissemens, qui semble répondre à l'état mamelonné de la membrane muqueuse de l'estomac; tandis que dans la seconde, un dérangement plus grave encore des mêmes fonctions, accompagné de nausées, de hoquet et de vomissemens, paraît

être la suite d'une lésion beaucoup plus profonde, et dont nous avons retrouvé des traces.

Il est bien remarquable d'ailleurs, que dans cette observation, comme dans les quatorzième et seizième, qui offrent des exemples de la maladie dans son état de simplicité presque parfaite, l'affection a débuté par des frissons suivis de chaleur et de sueur, répétés tous les jours ou tous les deux jours, d'une manière régulière, et pendant un espace de temps qui a varié d'une à plusieurs semaines; que les fonctions digestives étaient plus ou moins profondément altérées dans l'intervalle des accès, l'appétit nul dès leur début; que le pouls fut calme jusqu'au moment, et même au-delà du moment où les vomissemens commencèrent; que, sous ce rapport, et sous quelques autres encore, la maladie a débuté d'une manière insidieuse; que ce caractère a conduit momentanément à essayer le traitement propre à d'autres cas, un des médecins les plus habiles et les plus profondément versés dans la connaissance du caractère des maladies, ce qui doit nous rendre très-circonspects dans les cas analogues.

Le sujet de l'observation qui nous occupe offrait quelques tubercules dans les poumons (et pour n'omettre aucune remarque importante, les bronches étaient parfaitement saines), et fut pris d'un peu de toux, cinq semaines après le début de l'affection de l'estomac. Ici la cause de la toux ne pouvait être cherchée ailleurs que dans les poumons; mais dans les quatorzième et seizième observations, où elle avait débuté avec les symptômes gastriques, sans se prolonger au-delà, on peut croire, comme on l'a remarqué de-

puis long-temps, qu'elle tenait à l'état de la membrane muqueuse de l'estomac, était une toux gastrique. Ce symptôme mérite quelque attention, bien que son existence ne puisse dissiper les doutes, quand il en existe, sur la nature de l'affection de l'estomac.

Enfin, nous remarquerons que ces quatre dernières observations, dans lesquelles la gastrite a eu une heureuse issue, confirment ce qui a été dit au sujet des premières, relativement à l'état de la langue; qu'elle n'a été rouge que dans un cas, celui où l'affection de l'estomac a paru comme complication d'un érysipèle à la tête; que trois de ces observations ont pour sujet des femmes; que nous n'en avons pas recueilli d'autres du même genre, dans un service composé de quarante-huit lits également partagés entre l'un et l'autre sexe, et que ce fait vient encore à l'appui de ce qui a été dit plus haut, savoir, que la lésion qui nous occupe est plus commune chez les femmes que chez les hommes; qu'il devient chaque jour plus probable que l'abus des liqueurs fortes et des excitans de toute espèce n'èst pas la cause la plus ordinaire ni la plus énergique des maladies les plus graves de la membrane muqueuse de l'estomac; que ces substances ne paraissent agir profondément que chez les sujets éminemment prédisposés à ces affections.

Presque tous les cas d'empoisonnement par les substances âcres ou corrosives, dont la dose n'a pas été assez considérable pour causer la mort, nous semblent la preuve de cette double assertion. Peu après l'ingestion du poison, les vomissemens cessent, bientôt tout rentre dans l'ordre, et après quelques

jours seulement les fonctions de l'estomac sont rétablies dans toute leur intégrité. La presque totalité des faits de cette espèce rassemblés par M. Orfila, dans son ouvrage de *Toxicologie*, déposent en faveur de cette manière de voir; nous en citerons quelques-uns, en les abrégeant beaucoup.

Le premier (2e. édit., vol. 1er., p. 84) est relatif à un négociant âgé de trente ans, d'une constitution robuste, qui prit par mégarde, à trois heures de l'après-midi, un peu d'alcohol tenant en dissolution une certaine quantité de sublimé-corrosif. Il éprouva tout-à-coup d'atroces douleurs à la région de l'épigastre, vomit des matières verdâtres, eut plusieurs selles liquides. Deux heures après l'accident, la face était rouge et animée, les yeux étincelans, les pupilles resserrées, la langue peu humide, couverte d'une couche jaunâtre; des douleurs intolérables se faisaient sentir dans toute l'étendue du canal intestinal, principalement au pharynx; les vomissemens avaient cessé, mais les évacuations alvines continuaient, peu abondantes et d'un caractère bilieux. Le pouls était régulier, très-fréquent, la chaleur générale mordicante, la respiration gênée, l'urine rare et rouge, les réponses tardives; il y avait de la tendance à l'assoupissement, parfois des mouvemens convulsifs dans les muscles de la face, du tronc et des jambes, des crampes continuelles dans celles-ci. On ordonna six pintes d'eau albumineuse, qui furent prises dans l'espace d'une demi-heure, des sangsues à l'épigastre et des lavemens émolliens frais. Une demi-heure après, il y avait un mieux-être très-marqué, bien qu'il y eût encore des vomissemens et des selles liquides : on prescrivit quatre pintes d'une

décoction de graine de lin, et bientôt l'anxiété diminua; les selles furent suspendues, mais les vomissemens continuèrent. A minuit, selles sanguinolentes, cuissons à l'anus, douleurs vives dans l'S du colon. (Trois pintes d'eau gommeuse, deux lavemens émolliens avec un demi-gros de laudanum.) Les vomissemens et les selles continuèrent. Le lendemain, à huit heures, ils avaient cessé, la langue était humide, le pouls à quatre-vingt-seize pulsations par minute, la chaleur moins élevée, la figure moins rouge, l'intelligence intègre. (On ordonna les mêmes boissons que la veille, et une potion faite avec deux onces d'eau distillée de fleurs d'orange, autant d'eau de menthe, trente gouttes de liqueur minérale anodine, et une once de sirop d'écorce d'orange.) Il y eut encore des vomissemens de bile, des évacuations alvines, et, dans la soirée, une exacerbation des symptômes; mais le lendemain matin, moins de quarante-huit heures après l'accident, le malade, qui avait dormi une partie de la nuit, se sentait beaucoup mieux, ne désespérait plus de son état, demandait à manger, souffrait peu; sa faiblesse était grande et son pouls presque naturel. (On continua la potion antispasmodique, on prescrivit de l'eau d'orge et deux bouillons.) Le sixième jour, les douleurs étaient presque entièrement dissipées, et l'on permit une soupe. Le huitième, le malade entra en convalescence, et le dix-septième il partit pour son pays, se trouvant très-bien portant. — Ainsi, le danger imminent dans lequel s'était trouvé le sujet de cette observation, n'existait plus avant la fin du second jour, et la convalescence avait commencé le huitième! Ce fait est d'autant plus remarquable, que, cinq jours

avant l'empoisonnement, le malade avait eu de la diarrhée, que celle-ci avait cédé à la suite de quelques vomissemens provoqués par l'ipécacuanha, et que pour cette raison on aurait pu croire l'estomac et tout le canal intestinal très-disposés à devenir le siége d'une inflammation grave. Il n'est pas possible d'attribuer la prompte disparition des accidens au traitement seul; car l'évacuation du sang a été peu considérable, et, à ne consulter que la théorie, la potion antispasmodique aurait dû développer des symptômes graves et retarder de beaucoup la convalescence du sujet.

Deux cents malades, qui furent empoisonnés à l'Hôpital des Vénériens par une dose de sublimé, dont le minimum fut évalué à deux ou trois grains, éprouvèrent tout-à-coup une douleur déchirante à l'estomac et dans tout l'abdomen, des vomissemens copieux, un resserrement à la gorge, et furent guéris dans l'espace de six à sept heures, après avoir pris largement des boissons émollientes. Dix à douze d'entre eux seulement ressentirent quelques douleurs à l'épigastre, pendant quinze jours. (Ouvr. cité, 1er vol., p. 133.) — Outre la promptitude de la guérison (et cela est digne de remarque chez des sujets qui étaient à l'usage de la liqueur depuis plus ou moins de temps), n'est-il pas remarquable que, sur un aussi grand nombre d'individus, aucun n'ait été apte à contracter une gastrite aiguë d'une certaine durée, ou une gastrite chronique plus ou moins grave, et ne faut-il pas en inférer que, dans la plupart des cas, les causes apparentes de la gastrite ne sont que secondaires, et que, pour se déclarer sous leur influence, cette ma-

ladie exige une prédisposition extrêmement marquée?

Un Juif, qui avait pris, par mégarde, vingt grains d'émétique environ, dans une tasse de tisane, eut, peu de temps après, des douleurs aiguës à l'épigastre, qui augmentèren rapidement, furent bientôt suivies de vomissemens de bile excessifs et d'évacuations alvines non moins fréquentes : il y eut même des syncopes; le pouls était petit, la figure pâle, les forces extrêmement abattues. (On ordonna une décoction de quinquina, puis des boissons émollientes et une potion opiacée.) Tous les accidens étaient calmés sept heures après leur début, et le soir, le malade ne se plaignit que d'une grande faiblesse. Les digestions, qui furent pénibles pendant quelques jours, se rétablirent aisément par l'emploi d'une légère infusion de camomille et de feuilles d'oranger, à laquelle on joignit douze grains de thériaque avant chaque repas. (Ouv. cité, 1er vol., p. 265.)

Nous pourrions, en continnant les citations, présenter un grand nombre de faits qui montreraient, tous également, que les substances les plus énergiques, les poisons même, hors le cas où ils ont désorganisé les parties, n'ont pas de suites bien graves; que les accidens qu'ils déterminent, quelle qu'en soit l'intensité, sont de peu de durée; que les infusions amères et les potions antispasmodiques plus ou moins excitantes, ne les aggravent pas toujours d'une manière sensible, ou n'en déterminent pas le retour quand ils ont presque entièrement cessé. Nous ne voulons pas dire par là, que le traitement, quel qu'il soit, n'a que peu ou point d'influence sur la marche de la gastrite; nous voulons seulement faire voir qu'on exagère quelque-

fois beaucoup l'inconvénient d'une prescription, quand d'ailleurs elle n'est que momentanée.

Nous rapporterons encore à l'appui de ce qui vient d'être dit l'observation suivante, que nous avons recueillie l'année dernière, et qui est l'exemple d'un empoisonnement par le précipité rouge de mercure.

XVIIIe Observation.

Une femme, âgée de trente-neuf ans, marchande à la Halle, d'une constitution forte, ordinairement bien portante, en proie à des chagrins domestiques depuis long-temps, résolut de s'empoisonner. Afin de s'étourdir sur son projet, elle but trois bouteilles de bière dans la matinée du 23 juillet 1825; le même jour, à trois heures, elle entra chez un marchand de vin, s'y fit encore donner un verre de bière, y mit pour quatre sols de précipité rouge de mercure, et le prit aussitôt. Il en resta une petite quantité au fond du vase, et comme on s'en aperçut, on l'ôta des mains de la malade, qui fut placée sur un lit. Presque aussitôt elle éprouva des nausées, mais elle n'eut de douleurs et de vomissemens qu'une heure et demie après l'ingestion du poison. Il était pris depuis deux heures quand elle fut amenée à l'hôpital de la Charité, ayant du délire et des mouvemens convulsifs si violens, que quatre hommes avaient beaucoup de peine à la maintenir. Il fallut lui appliquer le gilet de force, et elle le garda de cinq à neuf heures du soir. Les vomissemens, qui s'étaient déclarés en chemin, furent nombreux, les

selles non moins fréquentes et composées d'un mucus sanguinolent; tout l'abdomen était sensible à la pression, le visage vultueux. (On ordonna plusieurs pintes d'eau albumineuse, et un lavement qui ne fut pas administré.)

Le lendemain 24, dix-sept heures après l'accident, l'attitude était naturelle, la figure rouge et animée, sans empreinte de souffrance, excepté quand les douleurs devenaient plus vives, et alors il arrivait souvent à la malade de s'écrier : *Ah! mon Dieu!* Les facultés intellectuelles étaient intactes, les membres comme brisés, la langue humide et sans rougeur, la bouche pâteuse et très-amère, l'anorexie complète, les nausées fréquentes. Les vomissemens avaient été nombreux jusqu'à quatre heures du matin, et n'avaient pas reparu depuis; la malade éprouvait un sentiment de plénitude, une douleur vive à l'épigastre, et dans le flanc droit surtout : dans les mêmes points la chaleur était vive, et les boissons fraîches produisaient une sensation agréable, quand elles arrivaient dans l'estomac. Il y avait eu, depuis quatre heures du matin, quatre petites selles composées de mucus un peu sanguinolent et de quelques parcelles de matières fécales; les épreintes étaient fréquentes, l'urine rendue un peu difficilement et brûlante. Le pouls était peu accéléré (quatre-vingts pulsations par minute), la peau fraîche, la respiration assez facile, quelquefois suspirieuse cependant. La malade était calme, n'avait point de douleur de tête. (Eau de gomme, *bis*, lavement de lin, cataplasme émollient à l'épigastre.)

Les selles furent un peu moins fréquentes, et il

n'y eut ni agitation, ni vomissement, dans la journée. Le lendemain, le même calme subsistait, la figure portait plus rarement l'empreinte de la douleur, bien que celle de l'épigastre et du flanc droit ne parût pas avoir diminué; les lassitudes dans les membres persistaient, il y avait un peu de céphalalgie, la langue offrait le même aspect que la veille, les nausées et les épreintes étaient fréquentes, les selles beaucoup plus rares, toujours composées des mêmes élémens; le pouls calme, la chaleur naturelle.

Il n'y eut, dans toute la journée, qu'une selle à la suite d'un lavement, la malade dormit peu, eut de la chaleur pendant la nuit. Le 26, les nausées et les épreintes avaient cessé, l'épigastre était le siége d'une douleur gravative, et excessivement sensible à la pression : les autres symptômes étaient les mêmes que la veille. (Bain.)

Il y eut des lypothimies incomplètes, et beaucoup d'étouffement à l'épigastre, pendant le bain.

Le 28, la région de l'estomac était peu douloureuse, et la malade désirant prendre quelque chose, on lui accorda deux bouillons et deux tasses de lait.

Le 29, il n'y avait pas de douleur à l'épigastre; le 30, il était insensible à la pression, l'appétit vif, l'urine encore un peu rouge et douloureuse, le pouls très-calme. (Eau de gomme, lavement de lin, *bis*, quart de portion.)

Dès-lors il n'y eut de douleur dans aucun point, l'appétit augmenta tous les jours, et le 3 août la malade quitta l'hôpital, parfaitement bien portante. Nous l'y avons vue souvent dans les cinq mois qui ont suivi, et sa guérison ne s'était pas démentie.

Dans ce cas l'affection a pour ainsi dire été livrée à elle-même, et bien que les accidens fussent très-graves, ils avaient perdu la plus grande partie de leur intensité treize heures après leur début, puisque déjà les vomissemens avaient cessé. Les nausées ne persistèrent pas au-delà du deuxième jour, et au sixième la malade mangeait le quart de portion sans inconvénient. Il semblerait qu'à moins d'une prédisposition très-marquée, les médicamens les plus énergiques, les poisons eux-mêmes (quand ils ne corrodent pas les parties) développent moins une véritable gastrite, qu'une irritation plus ou moins forte et passagère de la membrane muqueuse de l'estomac; et l'on pourrait dire, avec beaucoup d'apparence de raison, qu'il y a entre une gastrite produite par une cause externe et une gastrite spontanée, la même différence qu'entre un érysipèle et la rubéfaction déterminée par un vésicatoire.

APPENDICE. (1)

On rencontre encore sur le cadavre des sujets qui ont succombé aux affections les plus variées, un état de la membrane muqueuse de l'estomac, qui n'a pas encore été décrit, et que nous croyons utile de faire connaître.

Quand il existe, cette membrane, au lieu de pré-

(1) Cet Appendice paraît tel qu'il était à la suite de notre Mémoire, avec une observation de plus.

senter une surface unie veloutée, telle que la décrivent les auteurs, offre, dans un espace plus ou moins étendu, des saillies de forme et de dimension variées, ordinairement arrondies, de deux à trois lignes de diamètre, semblables en quelque sorte aux bourgeons charnus qu'on voit à la surface des plaies, séparées par des sillons peu profonds. Outre ces sillons étroits, et pour la plupart superficiels, on en voit quelquefois d'autres dont la direction est longitudinale, la longueur d'un pouce à un pouce et demi, la largeur d'une ligne environ. A leur niveau la membrane muqueuse est amincie, n'a souvent que le quart de l'épaisseur de celle qui l'avoisine et lui est continue. Que cette espèce de sillon existe ou n'existe pas, on trouve fréquemment, dans un ou plusieurs points de la membrane muqueuse ainsi mamelonnée, des ulcérations arrondies ou allongées, d'une à plusieurs lignes de diamètre. Dans la plupart des cas la destruction de cette membrane est incomplète, et ce qui en reste a toujours une consistance convenable.

Quand elle offre la lésion qui nous occupe, la membrane muqueuse de l'estomac conserve bien rarement la couleur qui lui est naturelle. Quelquefois rose ou rouge, elle est plus souvent encore grisâtre. Sa consistance est diminuée dans quelques cas, et son épaisseur presque toujours plus considérable que dans l'état sain. Cet épaississement est quelquefois très-remarquable, frappe à la première vue, pour peu qu'on observe avec attention, principalement quand l'état mamelonné est circonscrit et borné à une partie plus ou moins considérable de l'estomac; car alors on remarque dans tout le pourtour de la lésion

une saillie qui établit, avec les parties environnantes, une démarcation aussi tranchée que la différence d'aspect. Il est encore digne de remarque, que dans nombre de cas il n'y a de mucus que sur la partie de la membrane qui a subi l'altération qui nous occupe, et que quand il en existe dans d'autres points de l'estomac, il est beaucoup plus visqueux, et plus abondant sur les parties mamelonnées qu'ailleurs.

L'état mamelonné s'observe dans des circonstances très-variées, dans le cas de dilatation ou de resserrement de l'estomac, qu'il y ait ou qu'il n'y ait point de replis valvuleux à sa face interne. Nous avons vu des estomacs doublés de volume, offrir l'aspect bourgeonné en question, d'une manière très-tranchée dans presque toute leur étendue, leur membrane muqueuse étant très-épaissie, tandis qu'elle était parfaitement unie et d'une épaisseur ordinaire dans des estomacs réduits à la largeur du colon, par suite d'une diète plus ou moins prolongée.

Les régions qui offrent le plus fréquemment l'état mamelonné, sont la grande courbure et les parties voisines des faces antérieure et postérieure de l'estomac, son extrémité pylorique, sa petite courbure et son grand cul-de-sac, qui n'est presque jamais mamelonné dans toute son étendue. La fréquence des ulcérations n'est pas non plus la même dans toutes les parties de l'estomac, et diminue suivant la progression qui vient d'être indiquée.

Les causes mécaniques sont évidemment étrangères à l'état qui nous occupe, puisqu'on l'observe, ainsi qu'il a été dit, dans des cas où l'estomac est plus ou moins distendu; que très-souvent il manque

chez des sujets où ce viscère est très-rétréci, que chez d'autres il est borné à un espace peu étendu. Et d'un autre côté, l'épaississement de la membrane au niveau des mamelons, son amincissement réel dans les sillons, ses ulcérations plus ou moins superficielles et profondes, sa couleur rouge ou grisâtre, sont autant de circonstances qui indiquent un véritable état pathologique.

Les mêmes circonstances nous paraissent démontrer que cet état est un des résultats de l'inflammation. Cela est évident pour tous les cas où il y a en même temps rougeur et épaississement de la membrane muqueuse; et dans ceux où la rougeur est remplacée par une couleur grise, la chose semblera encore infiniment probable, si l'on réfléchit que cette coloration existe bien souvent au pourtour et au fond des ulcères intestinaux; que souvent, aussi, les glandes mésentériques sont alors d'un gris-bleu plus ou moins foncé; que par conséquent, loin d'être exclusive de l'inflammation, la couleur grise semble plutôt l'indiquer. D'une autre part, si des circonstances générales favorisent bien souvent la formation des ulcères, on ne saurait disconvenir que l'inflammation en est la cause excitante; en sorte que, altération de couleur, épaississement, ulcères plus ou moins superficiels, tout indique que la membrane muqueuse de l'estomac, qui offre l'aspect mamelonné, a subi l'inflammation, et que cet état ne saurait avoir d'autre cause.

Nous pouvons encore citer à l'appui de ces considérations, ce qui a lieu assez souvent lors de l'inflammation de la membrane muqueuse de l'intestin grêle et de celle du colon surtout. Alors, en effet, cette

membrane colorée en rouge plus ou moins vif, ramollie, épaissie ou non épaissie, est quelquefois recouverte d'une fausse membrane pultacée, et dans cet état évidemment inflammatoire, sa surface libre présente un aspect inégal, grenu, très-remarquable, qu'on peut très-bien comparer à celui de la muqueuse gastrique quand elle est mamelonnée, et qui n'en diffère probablement un peu, qu'à raison de la différence qui existe naturellement dans l'épaisseur et dans la structure des deux membranes.

Si malgré ces rapprochemens notre opinion ne semblait pas encore suffisamment démontrée, il nous semble qu'elle devrait au moins paraître très-probable, et que dans tous les cas il importe de l'examiner, puisque, si elle venait à être confirmée, on aurait un moyen facile de reconnaître, dans nombre de circonstances, l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac.

Il convient d'ailleurs de remarquer que nous n'avons vu l'état mamelonné qui nous occupe, que comme complication, chez des sujets qui avaient succombé à des maladies étrangères à celles de l'estomac; que nous n'avons pas recueilli de symptômes qu'on pût lui attribuer avec quelque certitude; que sa marche a paru latente dans la très-grande majorité des cas, ce qui en indique la lenteur. Ainsi, chez les phthisiques qui nous ont offert cet état, par exemple, l'appétit avait diminué dès le début de l'affection dans certains cas, au milieu de son cours dans d'autres, s'était rarement soutenu à un certain degré jusque dans les derniers temps; un petit nombre de malades avaient eu à de longs intervalles

des nausées ou quelques vomissemens; un seul sur dix-neuf s'était plaint momentanément de douleur à l'épigastre; et en comparant ces symptômes avec ceux du même genre, éprouvés par des malades également morts phthisiques, et dont la membrane muqueuse de l'estomac était parfaitement saine, sous le triple rapport de la couleur, de la consistance et de l'épaisseur, nous n'avons trouvé aucune différence sensible, dans l'ensemble des cas. Chez ces sujets comme chez ceux dont la membrane muqueuse de l'estomac était mamelonnée, l'anorexie avait débuté à des époques très-variables; quelques malades avaient eu des nausées et des vomissemens, et toujours à des intervalles très-éloignés.

Toutefois, on peut présumer que si l'état dont il s'agit venait à se développer sans complication, il donnerait lieu à des symptômes appréciables. Nous avons déjà été conduit à cette manière de voir, par l'analyse des accidens éprouvés par le malade qui fait le sujet de la XVIIe observation de ce mémoire; la suivante donnera encore plus de poids à nos conjectures.

XIXe Observation. (1)

Une femme, âgée de quarante-neuf ans, d'une constitution peu forte, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 13 juillet 1824. Elle était malade depuis un

(1) Voyez nos *Recherches sur la Phthisie*, pag. 332.

an et avait cessé de travailler depuis cinq semaines. Au début, malaise, sentiment de faiblesse, perte incomplète d'appétit, amaigrissement. Au cinquième mois de cet état, toux, crachats, dyspnée non interrompus ensuite, continuation des premiers symptômes; anorexie complète, diarrhée dans les quatre dernières semaines; douleurs, picotemens au côté droit de la poitrine, au quatrième mois de la toux, plus ou moins considérable depuis; point d'hémoptysie, de sueurs nocturnes, de douleurs à l'épigastre.

Le 14 juillet, faiblesse considérable, maigreur extrême, œdème borné au bas des jambes. Langue un peu rouge à la pointe, bouche pâteuse et quelquefois amère, soif variable, anorexie presque complète: rénitence à la région de l'estomac et dans l'hypochondre droit, pulsations fréquentes depuis quatre jours à l'épigastre; une selle liquide, tension à la partie inférieure du ventre. Toux fréquente le matin, quelques crachats verdâtres et opaques, percussion matte du côté droit de la poitrine, respiration trachéale, pectoriloquie sous la clavicule correspondante; pouls assez large et médiocrement accéléré. (Tisane de riz avec le sirop de coing, pot. gom., trois riz.)

L'anorexie persista, la diarrhée fit des progrès, devint même considérable, puis cessa presque entièrement dans les premiers jours du mois d'août. Il n'y eut ni nausées, ni vomissemens, ni douleurs à la région de l'estomac. L'épigastre devint le siége d'un sentiment de pesanteur très-incommode, surtout après le repas, qui se composait quelquefois d'un œuf et d'un peu de pain. Cette douleur gravative dis-

parut, les selles devinrent très-fréquentes, et surtout très-fétides, pendant les quatre derniers jours, et la malade mourut le 17 août, à neuf heures du matin.

Pendant les trente-trois jours qu'elle fut soumise à notre observation, l'état de la langue fut très-variable: sa couleur, ordinairement naturelle, était parfois d'un rouge plus ou moins vif, sans qu'on observât en même temps un changement quelconque dans les fonctions de l'estomac ou de l'intestin.

(On prescrivit une potion gommeuse avec un grain d'opium quand la diarrhée augmenta.)

Ouverture du cadavre vingt-trois heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme.

Tête. Une petite cuillerée de sérosité dans la partie supérieure de l'arachnoïde; un peu d'emphysème, sans infiltration, entre cette membrane et la pie-mère; une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; la moitié inférieure du cerveau un peu moins consistante que la supérieure; la protubérance cérébrale et la moelle épinière moins fermes encore. Trois cuillerées de sérosité un peu écumeuse à la partie inférieure du rachis.

Cou. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. Le poumon gauche était libre, contenait beaucoup de granulations et de tubercules ramollis ou non ramollis; le droit adhérait dans presque toute son étendue à la plèvre costale, au moyen d'une fausse membrane semi-cartilagineuse, offrait à son sommet une excavation vaste et anfractueuse, traversée par

quelques brides, et dans le reste du lobe supérieur, une matière grisâtre, dure, un peu élastique, demi-transparente inférieurement, traversée par des cloisons semi-cartilagineuses, et en outre des tubercules plus ou moins complètement ramollis. Le cœur était petit et sain; il y avait quelques plaques jaunes dans l'aorte.

Abdomen. Une pinte et demie de sérosité roussâtre dans l'abdomen. Le foie dépassait les côtes de quatre pouces, était ferme et cassant; la bile de la vésicule poisseuse et d'une couleur foncée. L'estomac avait un petit volume, adhérait d'une manière intime, dans un point de sa face postérieure, au pancréas, dont le tissu était beaucoup plus dur que dans l'état ordinaire; sa membrane muqueuse était d'un gris faiblement nuancé de rose, mamelonée dans toute son étendue, un peu épaissie, un peu moins consistante le long de la grande courbure que dans l'état naturel, couverte d'un mucus assez abondant et visqueux. Près de la petite courbure, entre le cardia et le pylore, dans la partie correspondante à l'adhérence indiquée avec le pancréas, se trouvait une légère dépression, de la largeur d'un écu de cinq francs, autour de laquelle la membrane muqueuse grimaçait un peu. Dans le point déprimé, elle était très-amincie, cassante, non mamelonnée; le tissu cellulaire correspondant était sain, la membrane musculaire détruite et remplacée par un tissu blanc semi-cartilagineux, d'un demi-millimètre d'épaisseur, auquel s'inséraient les fibres charnues. Celles-ci étaient épaisses de plus d'une demi-ligne au point d'insertion, dans la largeur de quatre lignes, étaient d'ailleurs parfaitement saines. Le tissu cellulaire offrait,

dans la même largeur, plus de consistance et d'épaisseur que dans le reste de son étendue. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était un peu ramollie, et offrait un grand nombre de petites ulcérations. La même membrane offrait la même lésion, était molle comme du mucus, et doublée d'épaisseur dans le gros intestin. — Les glandes mésentériques et méso-colites un peu volumineuses, mais saines. — La rate petite, d'un tissu ferme et comparable à celui du foie : les autres viscères dans l'état naturel.

Ainsi, cinq mois avant le début de la phthisie, c'est-à-dire, à une époque où il n'y avait pas de lésion du côté des poumons ou des intestins, la malade perd l'appétit, devient faible et maigrit; ces symptômes persistent sans interruption jusqu'à la mort, et à l'ouverture du corps on trouve, outre les lésions des poumons et de l'intestin, la membrane muqueuse de l'estomac mamelonnée, grisâtre, et un peu épaissie. Entre cette lésion, que nous avons cru devoir attribuer à l'inflammation chronique, et les symptômes gastriques indiqués, le rapport paraît évident, et l'on peut croire d'après cela, et par ce qui a été dit plus haut, que l'affection qui nous occupe est très-chronique, ou si l'on veut, que l'état mamelonné de la membrane muqueuse de l'estomac est la suite d'une inflammation ordinairement très-lente, qui ne donne le plus souvent lieu qu'à des accidens très-faibles, au nombre desquels la douleur de l'épigastre ne se rencontre que rarement. On trouvera néanmoins un

exemple de celle-ci dans la quatrième observation de notre mémoire sur les abcès du foie, observation très-remarquable sous le point de vue qui nous occupe, l'état mamelonné et les symptômes qui y correspondent ayant existé long-temps dans un état de simplicité.

DE

L'HYPERTROPHIE

DE LA

MEMBRANE MUSCULAIRE DE L'ESTOMAC

DANS TOUTE SON ÉTENDUE,

DANS LE CANCER DU PYLORE.

Les auteurs qui se sont livrés avec le plus de succès à l'étude de l'anatomie pathologique, ne nous semblent pas avoir observé l'hypertrophie de la membrane musculaire de l'estomac, dans toute son étendue; on n'en trouve d'exemples ni dans l'ouvrage de Morgagni (*De Sedibus, etc.*), ni dans celui de M. Prost (*Médecine éclairée, etc.*), ni dans celui de M. Chardel, sur le *Cancer de l'Estomac*, ni dans d'autres recueils d'observations beaucoup plus récens. On peut penser, par cela même, que la lésion dont il s'agit est au moins fort rare, et que les observations suivantes ne paraîtront pas dépourvues d'intérêt.

Ire Observation.

Une fille, âgée de quarante ans, habituellement grasse et bien portante, fut admise à l'hôpital de la Charité (service de M. Chomel), le 18 septembre 1823. Ses règles, établies à l'âge de douze ans, étaient remplacées

depuis cinq mois par des fleurs blanches; elle accusait un an de maladie, et était alitée depuis quinze jours. Habituée à une nourriture douce, mangeant par goût des légumes, ayant toujours eu des digestions faciles, elle avait senti, à l'époque indiquée, de la pesanteur à l'épigastre à la suite des repas. et après quinze jours ou trois semaines de cet état, des nausées, puis des vomissemens avaient paru, d'abord éloignés, puis successivement plus rapprochés, au point de revenir tous les jours depuis un mois. Ces vomissemens avaient eu lieu, non après le repas immédiatement, mais vers la fin du jour, et alors la malade rendait la plus grande partie de ce qu'elle avait mangé depuis le matin. L'appétit avait successivement diminué, l'amaigrissement avait fait de continuels progrès depuis six mois, et depuis le même temps la malade éprouvait souvent de la chaleur à l'épigastre, avait un goût d'œufs pourris dans la bouche, des nausées et des vertiges.

Le lendemain de son arrivée, elle était dans l'état suivant : figure très-amaigrie, fatiguée, sans expression de douleur; forces très-abattues, maigreur considérable, sens et intelligence intègres; langue humide et couverte d'un enduit blanchâtre peu épais, bouche pâteuse et amère; soif assez vive, anorexie incomplète, c'est-à-dire que la malade mangeait encore avec plaisir un peu de soupe, et quelquefois sans éprouver de malaise après l'avoir prise : épigastre insensible à la pression. A droite et au niveau de l'ombilic, tumeur du volume du poing, facile à sentir, indolente, à moins d'une pression un peu forte; ventre plus gros et plus tendu à gauche qu'à droite, offrant, dans le premier sens, une saillie légère qui

avait exactement la forme d'un estomac distendu, dont la petite courbure finissait à un pouce et demi au-dessus et à droite de l'ombilic, tandis que la grande passait quatre pouces à gauche, et un peu au-dessous du même point; selles rares; pouls petit, faible et lent; chaleur un peu au-dessous de ce qu'elle est dans l'état naturel, frissons rares néanmoins; respiration facile. (Infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger, eau de Seltz, lavem. émol., trois soupes, deux bouillons.)

L'état de la malade fut à-peu-près le même les jours suivans : la soupe, les laits de poule, tout lui semblait lourd; l'eau de Seltz elle-même produisait de la pesanteur à l'épigastre, et on y renonça. Une potion gommeuse avec vingt grains de magnésie parut d'abord diminuer les aigreurs, mais fut bientôt supprimée, à raison de l'étouffement dont elle était suivie. Les tisanes furent changées plusieurs fois pour les mêmes raisons, et toujours sans succès.

Le 1er. octobre, anxiétés, vomissemens de bile, renvois presque continuels, aigreurs, vents incommodes; on ajouta à la potion gommeuse quelques gouttes de teinture volatile d'anis. Le 5 et les jours suivans jusqu'au 12, diarrhée. Le 9, vomissement de pruneaux mangés l'avant-veille. Le 21, la malade vomit, pour la première fois, un fluide brun, noir, épais; le lendemain, l'expression de la physionomie était profondément altérée, le visage très-effilé, la voix presque éteinte, la langue pâle, la conformation du ventre telle que nous l'avons décrite, les selles nulles depuis quatre jours; le pouls était très-petit et très-faible, accéléré. La malade fut, à peu de chose

près, dans le même état les deux jours suivans, et elle mourut le 24, à six heures du matin.

L'examen du cadavre eut lieu trente-six heures après la mort.

A part la maigreur, il n'y avait de remarquable à *l'extérieur* que le gonflement du tibia (non observé pendant la vie), sa carie, et une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, dans l'aine du même côté, tumeur formée par le développement des glandes lymphatiques de cette région, devenues entièrement tuberculeuses (1). L'artère fémorale correspondante était, dans toute sa longueur, plus épaisse et plus opaque que celle du côté opposé.

A *la tête*, on trouva deux à trois petites cuillerées de sérosité trouble dans la cavité de l'arachnoïde, la pie-mère légèrement injectée, le cerveau assez ferme et humide, piqué de sang; les ventricules latéraux contenant une très-petite quantité de liquide séreux, limpide.

Au *cou*, la trachée-artère et le larynx étaient dans l'état naturel.

A l'ouverture de la *poitrine*, les poumons ne s'affais-

(1) En exposant, dans nos *Recherches sur la Phthisie*, le résumé de nos observations sous le rapport de l'anatomie pathologique, nous avons dit qu'à l'exception d'un cas, nous n'avions pas trouvé de matière tuberculeuse dans un organe quelconque, qu'il n'y en eût en même temps dans les poumons. Le fait qui nous occupe avait échappé à notre analyse, de sorte qu'au lieu d'une, il faut compter deux exceptions à la loi dont il s'agit, loi qu'ont d'ailleurs vérifiée tous les faits offerts à notre observation depuis un an, c'est-à-dire depuis l'époque à laquelle la première partie de nos Recherches a été imprimée.

sèrent pas, leurs cellules étaient universellement dilatées, de la grosseur d'un grain de millet environ; ils n'offraient que quelques adhérences celluleuses, étaient légers, à l'exception de leur partie postérieure et inférieure, d'où s'écoulait, par les incisions qu'on y pratiquait, une sérosité sanguinolente, un peu spumeuse, et assez abondante. — Le cœur avait à peine les deux tiers de son volume ordinaire, son tissu était ferme; la membrane interne de l'oreillette gauche et la valvule mitrale opaques et épaissies.

L'*estomac* était volumineux, d'un blanc opaque à l'extérieur, occupait l'espace que nous avions remarqué pendant la vie à la surface de l'abdomen, et se rétrécissait tout-à-coup, deux pouces et demi avant le pylore, ayant dans cette longueur beaucoup de dureté, une forme à-peu-près cylindrique, et une épaisseur de quinze à dix-huit lignes. Il contenait environ une bouteille et demie d'un liquide épais, noirâtre, pareil à celui qui avait été vomi, et au milieu duquel se trouvaient des alimens à demi digérés, du vermicelle, quelques croûtes de pain, etc., etc. Ses parois, abstraction faite de la portion cylindrique indiquée, avaient plus du double de l'épaisseur qui leur est naturelle, et beaucoup de fermeté. La différence qu'elles présentaient sous ce dernier rapport avec un estomac sain, rappelait très-exactement celle qui existe entre les parois du ventricule droit du cœur, hypertrophiées, et celles du même ventricule dans l'état sain. Cette consistance et cet excès d'épaisseur étaient le résultat de l'épaississement de la tunique musculaire dans toute son étendue. L'épaisseur de cette membrane variait suivant les différentes

régions de l'estomac, était d'une ligne et quelque chose de plus dans le voisinage du cancer, et d'une demi-ligne environ autour du grand cul-de-sac, ce qui est plus que le double de la même dimension dans l'état naturel : sa couleur n'était point altérée, son tissu était un peu plus serré que d'ordinaire, et ses faisceaux faisaient saillie à travers la membrane muqueuse. Celle-ci était pâle, très-ramollie, sans changement d'épaisseur. La portion cylindrique, par laquelle l'estomac finissait du côté du pylore, était si rétrécie, qu'elle admettait à peine l'extrémité du petit doigt dans sa partie la plus large, et qu'à son centre sa surface déployée n'avait qu'un demi-pouce de largeur. Les parois de cette espèce de cylindre avaient de cinq à sept lignes d'épaisseur, et présentaient de dedans en dehors une couleur blanche grisâtre, puis d'un blanc laiteux, puis bleuâtre, avec un coup d'œil brillant et demi-transparent, et enfin un aspect blanc laiteux. Ces différens aspects répondaient à autant de tissus, savoir : à la membrane muqueuse, au tissu sous-muqueux, à la membrane musculaire, et enfin au tissu cellulaire interposé entre elle et le péritoine, ce dont il était facile de se convaincre par la dissection. En la commençant deux pouces au-dessus de la partie dont il s'agit, on voyait la membrane muqueuse ramollie, mais non épaissie, prendre bientôt plus d'épaisseur dans le voisinage du cylindre cancéreux, à la surface duquel elle offrait de gros mamelons sans ulcération bien évidente : jusqu'aux limites du cancer, on la séparait facilement, avec le manche du scalpel, du tissu sous-jacent; mais au-delà l'union était intime, la séparation impossible, ou du moins, on ne

pouvait l'opérer qu'en enlevant avec cette membrane, au moyen de l'instrument tranchant, une petite couche du tissu cellulaire sous-muqueux. Celui-ci, parfaitement sain jusque dans le voisinage du cylindre, prenait près de lui plus d'épaisseur et de consistance, criait sous le scalpel, ne présentait aucune fibre distincte, et avait à son niveau près d'une ligne d'épaisseur : ce n'était qu'au moyen d'une dissection très-laborieuse qu'on pouvait le séparer du tissu sous-jacent. Ce dernier, d'un aspect bleuâtre et demi-transparent, répondait, comme nous l'avons dit, à la tunique musculaire, et n'était autre chose que cette tunique elle-même, très-épaissie, bleuâtre, et traversée, comme dans l'état sain, par des cloisons celluleuses, mais qui participaient à l'altération du tissu sous-muqueux, avec lequel elles se continuaient. Son épaisseur était de trois à quatre lignes, sa densité celle de la membrane musculaire dans le reste de son étendue; ou si l'on pouvait la croire un peu augmentée, c'était d'une quantité très-peu considérable. L'espèce de cri produit par le scalpel promené sur cette partie, était dû aux petites cloisons d'un blanc laiteux dont il a été question, et n'avait pas lieu quand on promenait l'instrument parallèlement à leur direction. La couche de tissu cellulaire interposée entre le péritoine et la partie que nous venons de décrire, était durcie, épaissie, avait, en un mot, subi la même altération que le tissu sous-muqueux. Le péritoine y adhérait d'une manière intime, sans avoir acquis un excès d'épaisseur, et était plus cassant que de coutume. La partie du cancer qui répondait à la petite courbure était moins épaisse que le reste.

Cette diminution d'épaisseur portait sur tous les tissus, et, relativement au sous-muqueux, il est remarquable qu'à la diminution d'épaisseur se joignait une diminution de dureté, et que les cloisons qui en partaient pour traverser les fibres charnues, faisaient, par cela même, beaucoup moins crier le scalpel. — Il y avait au commencement de l'intestin grêle une matière épaisse, verdâtre, qui devenait plus dense et presque noire à mesure qu'on se rapprochait du cœcum : on en trouvait encore une petite quantité au commencement du colon, après quoi les matières fécales étaient plus ou moins moulées, avaient la couleur qui leur est naturelle. La membrane muqueuse de l'un et l'autre intestins était saine, à l'exception d'une rougeur assez vive qu'on observait dans les derniers douze pouces de l'iléon. — Le foie était rapetissé, rouge, violet, plus dense et plus pesant que dans l'état naturel; sa vésicule contenait une petite quantité de bile jaune peu épaisse. La rate était petite et saine, les reins peu volumineux, et le droit contenait, à son extrémité supérieure, un kyste séreux de la grosseur d'une noix. — La vessie était dans l'état naturel.

Si nous avons fait minutieusement, en quelque sorte, la description de la partie de l'estomac atteinte de cancer, c'est que cette description est ordinairement tout-à-fait négligée, et que l'histoire de ce cas est celle de la plupart des cancers de l'estomac, ou de toute autre partie du canal digestif. Alors, en effet, l'organe malade présente, à une certaine époque de l'affection, l'aspect que nous avons indiqué; la

membrane muqueuse est plus ou moins profondément altérée, le tissu sous-jacent dur, épais, blanc de lait, ou d'une teinte analogue, sans fibres distinctes; et la portion bleuâtre, demi-transparente, traversée par des cloisons blanches et très-résistantes, se continue avec la membrane musculaire, dont elle ne diffère que par une légère nuance de couleur, et l'altération du tissu cellulaire qui entre dans sa composition. Cette portion bleuâtre et demi-transparente n'est donc réellement autre chose qu'une hypertrophie plus ou moins considérable de la membrane musculaire, susceptible, avec le temps, de destruction, ce qui ne nous semble pas avoir été remarqué jusqu'ici. Au contraire, les auteurs qui ont le plus parfaitement décrit les affections cancéreuses et leurs caractères anatomiques (Bayle et M. Cayol, *Dictionn. des Sc. Méd.*), disent, au sujet du cancer de l'estomac, que quand le ramollissement n'est pas très-avancé, on distingue encore la membrane muqueuse d'avec la musculaire, quoique l'une et l'autre soient complètement dégénérées. Or, nous venons de voir à quoi se réduit cette dégénérescence, et nous ajouterons à tout ceci, que dans le cas d'ulcération, les tissus que nous avons décrits conservent ordinairement les caractères indiqués, jusqu'aux bords de l'ulcération elle-même; en sorte que dans ce cas comme dans celui dont nous venons de faire l'histoire, le tissu musculaire est, de tous ceux qui composent l'estomac (le péritoine excepté), le moins profondément altéré.

Nous terminerons ce que nous avions à dire à ce sujet en rappelant qu'on rencontre quelquefois l'é-

paississement partiel de la membrane musculaire avec un coup d'œil bleuâtre, dans des points au niveau desquels la membrane muqueuse de l'estomac est encore saine; qu'alors même la tunique sous-muqueuse est épaissie, endurcie, profondément altérée; en sorte qu'il semblerait qu'ici, comme dans plusieurs lésions organiques de l'intestin, le siége du désordre est primitivement dans le tissu sous-muqueux.

Penserons-nous maintenant que l'hypertrophie de la membrane musculaire de l'estomac doive être attribuée au rétrécissement du pylore, comme dans beaucoup de cas on rapporte l'hypertrophie de l'une des cavités du cœur à un obstacle plus ou moins considérable à la circulation? La question serait résolue, s'il était prouvé que cette hypertrophie n'a jamais lieu que dans le cas de cancer avec rétrécissement du pylore; mais à raison de la fréquence de cette maladie, et de la rareté de l'hypertrophie dont il s'agit, la chose doit paraître au moins douteuse, bien que l'observation qui va suivre soit tout-à-fait en faveur de cette hypothèse.

Si la marche de la maladie n'a rien offert qui mérite d'être remarqué, la forme du ventre est digne de quelque attention. Elle n'a pas été, ce nous semble, indiquée par les auteurs; et peut-être cela vient-il de ce qu'on met rarement à nu les parois de l'abdomen, pour en observer les différentes régions; peut-être aussi, cette forme a-t-elle quelque liaison avec l'hypertrophie de la membrane musculaire de l'estomac dans toute son étendue, et dans ce cas la rareté de cette lésion expliquerait d'une manière plus satisfaisante encore le silence des auteurs à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, cette altération de la forme du ventre s'est encore présentée chez le sujet de l'observation suivante, qui offre un nouvel exemple de la lésion qui nous occupe.

IIe Observation.

Un plâtrier, âgé de quarante-un ans, d'une petite taille, d'une force moyenne, sobre, maigre, rarement malade, ayant les digestions faciles, était depuis quelque temps en proie à de vives inquiétudes, quand il perdit incomplètement l'appétit : bientôt il éprouva du malaise après le repas, eut des rapports gazeux, des aigreurs quand il prenait un peu de vin, sans toutefois ressentir de chaleur à l'épigastre. Un mois après le début de ces premiers symptômes, il s'y joignit des vomissemens, qui avaient lieu une heure, deux heures, trois heures après le repas : d'ailleurs, ni chaleur, ni soif, constipation habituelle, sensibilité extrême au froid, et bientôt, affaiblissement porté au point de ne pouvoir travailler. Enfin au troisième mois de ses vomissemens, le malade vint à l'hôpital de la Charité, où il fut admis (service de M. Chomel), le 27 octobre 1823.

Il était dans l'état suivant : Figure pâle, amaigrie, souffrante, chaleur générale moindre que dans l'état naturel, sensibilité extrême au froid, en sorte que le malade fut près de deux jours sans pouvoir se réchauffer, toujours ramassé dans son lit : soif nulle, anorexie presque complète ; anxiétés, douleurs à l'é-

pigastre, soulagées par des rapports gazeux, toujours proportionnées au développement des gaz, qui étaient plus abondans immédiatement après le repas qu'à toute autre heure du jour. Le ventre était déjeté de gauche à droite, et offrait, dans ce sens, une saillie dirigée de haut en bas, et comprenait l'ombilic, qui représentait assez bien, quoique moins parfaitement que chez le sujet de l'observation précédente, la forme de l'estomac. Il y avait au niveau de l'ombilic une tumeur sensible à une pression un peu forte seulement. Le malade avait de fréquentes régurgitations d'un liquide clair, peu épais et aigre; les évacuations alvines étaient rares, le pouls très-lent: d'ailleurs ni céphalalgie, ni toux. On ordonna une infusion de tilleul et de feuilles d'orange, une potion gommeuse avec vingt grains de magnésie, trois riz, deux bouillons; et la même prescription, à part les alimens, fut continuée jusqu'à la mort.

Les symptômes ne varièrent pas sensiblement les premiers jours qui suivirent l'entrée du malade à l'hôpital; mais après une semaine de repos et de régime, l'anxiété diminua, les renvois aigres furent moins fréquens, l'appétit devint un peu meilleur, les potages ne causèrent qu'un peu de pesanteur à l'épigastre, le sujet put même manger une petite quantité de viande, qu'il ne vomit que rarement; la sensibilité au froid fut beaucoup moindre. Au commencement de décembre, la soif se prononça, les boissons parurent plus lourdes que de coutume; l'anorexie fut complète, il y eut de la diarrhée par intervalles, les douleurs épigastriques augmentèrent, les aigreurs et les régurgitations du fluide indiqué furent plus fréquen-

tes. Le 23 du même mois les forces s'affaissèrent tout-à-coup; le malade témoigna beaucoup d'inquiétude, désespéra de sa situation, et mourut le lendemain dans la matinée, après avoir eu un peu de délire pendant la nuit.

Ouverture du cadavre, vingt-deux heures après la mort.

État extérieur. Troisième degré de marasme.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable : quatre petites cuillerées de sérosité trouble dans la cavité de l'arachnoïde, autant de sérosité claire dans les ventricules latéraux.

Cou. Larynx et trachée-artère sains.

Poitrine. Poumon gauche uni par sa base au diaphragme, au moyen d'une fausse membrane molle et jaune, contenant quelques tumeurs jaunâtres, d'apparence tuberculeuse : base du poumon droit un peu engouée. — Cœur réduit à la moitié de son volume, ses parois fermes et d'une bonne épaisseur, ses orifices sains.

Abdomen. Estomac volumineux, descendant au-dessous du nombril, d'un blanc très-opaque, à parois bien plus fermes et plus épaisses que dans l'état ordinaire, très-rétréci près du pylore, où il offrait, dans l'espace de deux pouces et demi environ, une forme presque cylindrique, une dureté considérable, et une épaisseur de quinze à dix-huit lignes. Sa membrane muqueuse était couleur de bistre, d'une bonne épaisseur, un peu ramollie jusque près de la portion cylindrique qui admettait avec peine l'extrémité du petit doigt, et soulevée dans beaucoup de points par

les faisceaux de la tunique musculaire. Celle-ci était plus que doublée d'épaisseur dans toute son étendue, et donnait aux parois de l'estomac l'excès de consistance que nous avons remarquée, sans offrir aucune altération de structure. La membrane muqueuse formait quatre saillies ou champignons, de trois à quatre lignes d'épaisseur, à l'intérieur du cancer, dont la structure, mise en évidence par une dissection laborieuse, était exactement la même que dans le cas précédent. L'intestin grêle renfermait une assez grande quantité de mucus épais : sa membrane muqueuse était comme sablée de gris dans toute son étendue : celle du colon offrait le même aspect; toutes deux avaient l'épaisseur et la consistance qui leur sont naturelles. — Le foie était petit, d'un rouge violet intense, très-ferme; la rate saine et réduite à la moitié de son volume ordinaire.

Cette observation et celle qui précède, établissent suffisamment l'existence de l'hypertrophie de la membrane musculaire de l'estomac dans toute son étendue : d'autres faits sont désormais nécessaires, pour vérifier ou infirmer la cause présumée de ce phénomène, que nous avons cru pouvoir rapporter, en attendant, et par analogie, au rétrécissement du pylore. La structure du cancer de l'estomac nous semble avoir été exposée d'une manière exacte, et nous nous abstenons de toute réflexion ultérieure sur les légères différences observées dans les symptômes qui appartiennent à une même lésion, arrivée au même degré de développement.

C'est d'ailleurs, il faut en convenir, une chose bien singulière, que les deux faits qui viennent d'être rapportés se soient présentés à notre observation, à quelques jours de distance l'un de l'autre, et qu'avant ou après nous n'en ayons pas rencontré du même genre.

DE LA

PERFORATION DE L'INTESTIN GRÊLE,

DANS LES MALADIES AIGUËS.

La perforation de l'intestin grêle est un des accidens les plus graves qu'on puisse rencontrer dans l'exercice de la médecine. Il n'a pourtant pas fixé jusqu'ici l'attention des observateurs, et l'on doit d'autant plus s'en étonner, qu'il n'est pas très-rare, qu'il survient ordinairement dans des circonstances tout-à-fait inattendues, donne lieu à des symptômes presque toujours violens, et que la mort en est promptement le résultat. Si la médecine est impuissante contre une lésion de cette nature, il importe néanmoins au médecin de connaître les signes qui l'annoncent, et c'est dans ce but que nous rassemblons ici les observations relatives à ce sujet, que nous avons recueillies à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Chomel. Nous leur avons associé deux autres faits du même genre, qui nous ont été communiqués par le même médecin, et qui ont pour auteurs, l'un M. le docteur Martin-Solon, l'autre M. Boulu, étudiant en médecine.

Nous avons retranché de nos propres observations tout ce qui nous a semblé inutile à l'histoire de la maladie qui amène les perforations, mais nous n'avons

pas craint d'entrer dans tous les détails qui peuvent la bien faire connaître, l'excès dans ce genre ayant beaucoup moins d'inconvénient que l'excès dans le genre opposé. On peut, après une première lecture, faire abstraction des détails qu'on croit inutiles; mais comment suppléer ceux qui manquent et qui seraient nécessaires pour porter la conviction dans l'esprit?

Ire Observation.

M. L., commis-marchand, âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, fut pris, le 27 mai 1822, à la suite d'une suppression de transpiration, de douleurs lombaires très-vives, et d'une fièvre très-intense. Le 28 mai, M. le docteur Martin-Solon, médecin du malade, fut appelé, et conseilla un bain tiède, le repos du lit et la diète. Les douleurs se dissipèrent, la fièvre diminua, et M. L. reprit ses occupations. Quelques jours après, il eut des douleurs vagues dans les membres, la tête devint pesante, douloureuse, le visage triste et abattu, la langue rouge au pourtour, couverte à son centre d'un enduit blanchâtre et épais, la soif vive, le ventre légèrement douloureux à la pression, la peau brûlante et sèche, le pouls très-fréquent, les évacuations alvines rares. (Quinze sangsues à l'anus, lavemens émolliens, cataplasme émollient sur le ventre, décoction d'orge, diète absolue.)

Le lendemain, la céphalalgie était dissipée, mais

les autres symptômes persistaient. Les moyens indiqués, à l'exception des sangsues, furent continués, et suivis, après quelques jours d'usage, d'une grande amélioration. Mais, ayant pris du bouillon qui ne lui avait pas été prescrit, le malade eut de l'agitation pendant la nuit suivante, et le lendemain, 8 juin, tous les symptômes inflammatoires avaient reparu, la chaleur semblait plus élevée à l'abdomen que partout ailleurs. (Quinze sangsues à la région iléo-cœcale; continuation des émolliens à l'intérieur et à l'extérieur.)

Le 11, la langue était assez bonne, le ventre indolent; la respiration se faisait convenablement et sans bruit, mais la chaleur de la peau était considérable et le pouls dur : on fit une saignée d'une palette et demie.

Le sang offrit peu de sérosité et un caillot très-dense.

Le 12, la peau était moins chaude et le visage moins animé. (Limonade, quelques cerises cuites.)

Le 14, le pouls n'offrait que quatre-vingt-deux pulsations par minute, le mieux était sensible ; on insista sur la diète.

Le 15, visage excellent, pouls naturel, ventre souple et indolent; le malade plaisantait sur son état des jours précédens, désirait manger, et consentit néanmoins à attendre encore deux jours.

Mais au milieu de la nuit suivante, il éprouva *tout-à-coup* des nausées et des coliques atroces, qui le réveillèrent subitement. Le 16 au matin, il se disait beaucoup mieux : cependant la face était grippée, le ventre météorisé, douloureux partout; le pouls petit, serré, fréquent. Je reconnus, dit M. Martin-

Solon, une péritonite, et la promptitude de son développement me porta à croire qu'elle était causée par une perforation de l'intestin. (Embrocations huileuses sur le ventre, potion avec le sirop diacode.)

M. Chomel, appelé dans la journée, partagea cette manière de voir.

Le soir, il y eut des vomissemens brunâtres abondans; le pouls était encore plus serré, le ventre plus tendu, le malade était dans la plus grande sécurité sur son état. Il mourut à minuit, vingt heures après le début de la péritonite.

Ouverture du cadavre, faite le lendemain.

On trouva le péritoine couvert d'une exsudation sanguine, difficile à enlever au moyen du grattage; les circonvolutions intestinales adhérentes entre elles; un liquide de mauvaise odeur, contenant des mucosités intestinales et de la bile, épanché dans la partie inférieure de l'abdomen; les ganglions du mésentère volumineux et d'un rouge foncé.

La surface externe de l'iléon présentait, dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale, la perforation qui avait été reconnue pendant la vie, et dans les dernières circonvolutions de cet intestin se trouvaient huit à dix ulcérations. La plus voisine de la valvule iléo-cœcale avait au moins deux pouces et demi de circonférence; ses bords étaient rouges et gonflés, et à son centre se trouvait la perforation, qui avait à-peu-près deux lignes de diamètre. Sa circonférence n'était pas frangée, ne présentait pas de lambeaux d'escarrhe, était mince et parfaitement circulaire.

Les autres ulcérations étaient, en s'éloignant de la valvule, de moins en moins larges et profondes, intéressaient seulement la membrane muqueuse : on ne voyait plus de traces d'inflammation sur beaucoup d'entre elles, et leurs bords paraissaient disposés à se cicatriser.

IIe Observation.

M. L.... B......, étudiant en droit, âgé de vingt-deux ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin très-prononcé, d'une santé parfaite, ne faisant d'excès en aucun genre, déjeuna le 17 mai 1822 un peu plus que d'habitude, et ressentit, dans la soirée, un malaise général qui dura trois jours, sans augmenter sensiblement.

Le 20, il se plaignit de douleur de tête, sa figure était vivement colorée, ses yeux brillans et injectés, sa langue blanchâtre, la soif vive, le ventre souple, insensible à la plus forte pression. les selles médiocrement nombreuses et liquides, la respiration naturelle, le pouls fréquent et développé. (Saignée de seize onces, limonade, lavemens émolliens, diète absolue.)

Le 21, aux symptômes de la veille s'étaient jointes de légères douleurs dans différentes parties de l'abdomen, et le malade appréhendait la mort. (Trente sangsues à l'anus, etc.)

Il y eut un soulagement manifeste aussitôt après l'application des sangsues, et le lendemain, 22, le ventre

était insensible à la pression. Néanmoins, les inquiétudes de M. L.... continuant, M. Boulu, qui l'avait soigné seul jusque-là, fit appeler M. Husson, qui prescrivit une nouvelle saignée de dix onces, avec des rafraîchissans et la diète.

La nuit fut calme, et le 23 le mieux était sensible, la face moins animée, le pouls moins fréquent, la soif moins vive, le malade un peu rassuré sur son état. (Continuation de la diète et des boissons rafraîchissantes.)

Le mieux continua, et le 27 le malade ayant témoigné le désir de prendre quelque aliment, on lui permit un peu de bouillon coupé, qu'il but avec plaisir.

Le 28, au matin, s'étant levé pour écrire, il eut un léger frisson, et se recoucha presque aussitôt. Ce frisson fut suivi d'une sueur abondante, les symptômes inflammatoires reparurent avec intensité, le visage se colora vivement, le pouls devint très-développé, la langue conservant l'humidité et la couleur blanche qu'elle avait auparavant. De légères douleurs se manifestèrent dans la région du cœcum, les déjections alvines devinrent fréquentes, liquides et brunâtres; l'urine fut abondante et rougeâtre : il y avait du délire par intervalles, une légère surdité, et surtout une inquiétude très-grande de la part du malade sur sa situation.

Le soir, M. le docteur Hervez ayant été appelé, ordonna dix sangsues derrière chaque oreille, des fomentations émollientes sur la région du cœcum, et des lavemens émolliens.

L'application des sangsues fut immédiatement suivie

de la diminution des symptômes nerveux; mais ils reparurent pendant la nuit, accompagnés d'une grande agitation et d'une *exaspération extrême et subite de la douleur de ventre.*

Celle-ci étant considérable le lendemain 29, on appliqua, vers sept heures du matin, des sangsues au nombre de vingt, sur l'endroit douloureux; et, leur application n'ayant été suivie d'aucun succès, MM. Chomel et Fouquier furent appelés en consultation. Ils arrivèrent au moment où le malade sortait du bain : il s'y était bien trouvé, sans douleur aucune, et il en était à peine sorti qu'il expira.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort.

On trouva dans l'abdomen une matière brunâtre très-fétide, dans laquelle nageaient des flocons albumineux.

L'intestin grêle était rougeâtre à sa surface externe. Sur l'iléon, à huit pouces environ du cœcum, se trouvait une ouverture circulaire, de la largeur d'un tuyau de plume à écrire, à laquelle répondait intérieurement une ulcération du diamètre d'une pièce de trente sous. Cette ulcération était formée aux dépens de la muqueuse, et offrait à nu la membrane musculaire, qui était détruite à son centre, ainsi que le péritoine, dans une petite étendue. La membrane muqueuse était phlogosée aux environs de l'ulcération, et présentait, çà et là, des saillies rougeâtres très-marquées. L'estomac n'offrait rien qui fût digne d'attention.

IIIe Observation.

Un charpentier, âgé de vingt-cinq ans, à Paris depuis sept mois, d'une taille moyenne, d'une constitution médiocrement forte, ordinairement bien portant, d'une conduite régulière, cheveux noirs, poitrine assez large, fut admis à l'hôpital de la Charité le 21 décembre 1822, accusant dix-huit jours de maladie. L'affection avait débuté le soir, après un repas modéré, par un frisson, suivi d'une chaleur médiocrement élevée, la diminution de l'appétit, la constipation. Le frisson ne s'était pas renouvelé, les autres symptômes avaient continué; la chaleur et la soif étaient restées peu considérables. Le malade avait pris, tous les jours, un peu de vin pur ou mêlé avec de l'eau, et une petite quantité d'alimens qui ne causaient ni nausées ni douleur à l'épigastre, mais étaient ordinairement suivis de douleurs dans les bras. Un peu de toux s'était joint à ces divers symptômes dans les cinq derniers jours, et le malade, qui n'était venu à l'hôpital que pour demander un conseil, consentit à y prendre un lit.

Le lendemain 22, lors de la visite, la figure était naturelle, l'intelligence développée, les sens dans un état d'intégrité parfaite, la faiblesse peu considérable; il n'y avait point de douleur dans les membres, et le sommeil avait été tranquille; la langue était nette et parfaitement naturelle, la soif médiocre, l'appétit un peu diminué, la bouche sans amertume ni mauvais

goût, l'épigastre souple et indolent, l'urine facile, les selles rares, nulles depuis deux jours; le pouls assez plein et large, calme, battant soixante-huit fois par minute; la chaleur douce, les crachats clairs. Il n'y avait pas d'oppression, et à la fin de chaque inspiration on entendait un râle sec et sonore, quelquefois sifflant, mêlé au murmure respiratoire. (Limon., pot. gomm., trois riz, deux bouillons.)

La nuit fut calme, et le lendemain 23, la langue était un peu rouge à son pourtour, la bouche et le ventre comme la veille, le pouls un peu accéléré, la chaleur élevée, l'état de la respiration comme il a été dit; le malade n'éprouvait de douleur dans aucun point. (Même prescription.)

Le 25, à part la couleur de la langue, qui était blanchâtre au centre, rouge à son pourtour, et une légère accélération du pouls, le malade était dans le même état que le premier jour.

Il se promena encore le lendemain, comme il le faisait depuis son entrée à l'hôpital, et ne se plaignit de rien.

Mais dans la nuit du 26 au 27, à trois heures du matin, il fut pris *tout-à-coup* d'une douleur extrêmement vive dans toute l'étendue de l'abdomen; cette douleur persista, plus ou moins forte, sans être accompagnée de frissons, de nausées ou de vomissemens. Le 27, à huit heures du matin, les traits étaient effilés, le visage triste et abattu, jaunâtre, exprimant la douleur et l'anxiété; les yeux assez naturels, l'intelligence et les organes des sens en bon état, le malade immobile dans son lit, dans la crainte d'augmenter les douleurs qu'exaspérait le plus léger mouvement: sa figure

plus encore que ses paroles, exprimait ses profondes souffrances; la soif était très-vive, la langue rouge et peu humide, les dents sèches; le ventre ne pouvait supporter la pression la plus légère, il n'était pas météorisé, le malade n'y éprouvait pas une chaleur plus considérable que dans le reste du corps, et les boissons n'exaspéraient pas les douleurs dont il était le siége. Le pouls était très-accéléré, étroit et assez résistant, la toux médiocre. On reconnut sans peine la nature de l'accident; on fit appliquer trente sangsues à l'abdomen, et on ordonna des boissons adoucissantes à prendre par gorgées.

La douleur diminua peu après l'application des sangsues, et on en prescrivit de nouvelles dans la soirée.

A huit heures, nausées et vomissemens, qui durèrent toute la nuit.

Le lendemain 18, le caractère de la physionomie était le même que la veille, la couleur de la peau presque cadavéreuse, l'intelligence en bon état, les mouvemens du corps un peu moins douloureux que la veille, la langue rouge à ses bords et verdâtre à sa partie moyenne, les nausées et les vomissemens de bile verte presque continuels, le ventre balloné, très-sensible à la pression, mais un peu moins que le jour précédent; le pouls petit, enfoncé, difficile à compter (cent quarante-cinq pulsations par minute), la chaleur presque naturelle, la respiration très-fréquente. (Dix sangsues.)

Il n'y eut point de vomissemens dans la journée. Pendant la nuit, les douleurs furent vives; mais le lendemain matin 29, elles étaient presque nulles et réveillées par la pression seulement; la respiration et

le pouls étaient encore plus accélérés que la veille ; l'expression de la figure et l'état de l'intelligence étaient les mêmes.

A midi, le malade, se tournant vers son camarade, annonça qu'il n'avait pas long-temps à vivre, demanda à boire, et mourut à l'instant même, au milieu d'un vomissement copieux de bile.

Ouverture du cadavre vingt heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable.

Tête. Les veines de la superficie du cerveau étaient remplies de sang, la substance médullaire très-injectée: les ventricules latéraux contenaient un peu de sérosité; elle était rougeâtre à gauche.

Poitrine. Le cœur était parfaitement sain, l'oreillette droite distendue par une grande quantité de sang caillé. Il y avait un verre de liquide très-rouge dans la cavité de la plèvre ; les poumons étaient mous et légers, offraient en arrière des taches noirâtres, beaucoup plus larges extérieurement qu'intérieurement ; les bronches étaient d'un rouge obscur, peu foncé.

Abdomen. La paroi antérieure de l'abdomen adhérait, par une fausse membrane molle et peu épaisse, avec l'épiploon, et le péritoine était plus injecté dans cette partie que partout ailleurs. Les circonvolutions de l'intestin grêle étaient distendues par des gaz, et unies entre elles par des concrétions albumineuses, membraniformes. Un liquide roussâtre, trouble, épais, un peu bourbeux, d'une odeur forte, assez semblable à celui qui se trouvait dans le dernier quart de l'in-

testin grêle, remplissait le petit bassin, et se répandait dans les flancs. Les glandes mesentériques étaient peu volumineuses (une ou deux exceptées, dans le voisinage du cœcum), avaient la couleur et la fermeté qui leur sont naturelles. Sur la fin de l'iléon, à un pied du cœcum, se trouvait un trou de deux lignes de diamètre, pratiqué au centre d'une des ulcérations que nous allons décrire. Le jéjunum n'offrait rien de remarquable, mais on voyait dans toute la longueur de l'iléon un grand nombre de plaques elliptiques, ovalaires, de six à quinze lignes dans leur plus grand diamètre, de demi-ligne à trois quarts de ligne d'épaisseur, d'autant plus épaisses qu'on s'approchait davantage du cœcum, presque entièrement formées par la membrane muqueuse grisâtre et tiquetée de bleu à leur niveau. C'est sur ces plaques que se trouvaient les ulcérations; mais toutes n'en offraient pas, et il n'y avait d'ulcérées que les plus voisines de la perforation. L'étendue de ces ulcérations était très-variable. Etroites, la membrane muqueuse conservait à leur pourtour les caractères qu'elle offrait sur les plaques. Très-larges, elle ne formait à leur circonférence qu'une espèce de bourrelet étroit, sur lequel on ne distinguait pas de points bleuâtres, et c'était précisément le caractère de l'ulcération au fond de laquelle se trouvait la perforation. Toutes avaient pour fond la tunique musculaire, un peu amincie dans quelques-unes. La membrane muqueuse de l'estomac était rose dans une partie de son étendue, grisâtre près du pylore, partout d'une bonne consistance, et couverte d'un mucus visqueux. Celle du gros intestin était parfaitement saine. — La rate était un peu volu-

mineuse et molle. Les autres viscères dans l'état naturel.

IVe Observation.

Un homme de trente ans, d'une taille moyenne, d'un embonpoint modéré, peau brune, cheveux noirs, chairs très-fermes, poitrine et membres bien développés, fut admis à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, le 16 octobre 1822. M. Chomel, qui en faisait momentanément le service, vit le malade le lendemain, lui trouva un peu de dévoiement et de fièvre, sans autres symptômes remarquables, ordonna quinze sangsues à l'anus, et une tisane d'orge acidulée avec le sirop tartareux.

Le lendemain 18, les mêmes symptômes subsistaient, et des douleurs assez vives s'étant manifestées au-dessous de l'ombilic et à l'épigastre, on y appliqua des sangsues.

Le 19, ces douleurs étaient un peu moins considérables que la veille, et l'application des sangsues ne fut pas renouvelée.

Mais le 20 octobre, à cinq heures du matin, le malade sentit *tout-à-coup* une violente douleur à l'hypogastre, et lors de la visite de M. Chomel, ses traits décomposés annonçaient les plus profondes souffrances. Il affirmait avoir senti, au début de la douleur, un craquement bien marqué dans la région hypogastrique, laquelle était tendue, excessivement douloureuse, ne pouvait supporter la moindre pres-

sion. Les nausées et les vomissemens parurent presque aussitôt, et continuèrent jusqu'à la mort, qui arriva environ trente-six heures après les premiers symptômes de la perforation.

Ouverture du cadavre seize heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable.

Le cerveau ne fut pas examiné.

Poitrine. Le poumon droit était mou, un peu crépitant, d'un rouge assez foncé en arrière. Le gauche adhérait aux parois thorachiques par un tissu cellulaire fin et résistant, offrait à son sommet deux noyaux tuberculeux. Les bronches étaient rouges; le cœur et l'aorte sains.

Abdomen. Les intestins étaient distendus par des gaz; il y avait environ deux verres d'un liquide trouble, floconneux, jaunâtre, d'une odeur forte, dans la cavité pelvienne et dans le flanc droit. Le pourtour du bassin était tapissé par une fausse membrane, molle, sous laquelle le péritoine était vivement injecté; l'intestin grêle l'était aussi, et ses circonvolutions adhéraient entre elles au moyen de fausses membranes qui ne s'étendaient pas sur les espaces intermédiaires. Les glandes mésentériques étaient volumineuses, rouges, très-fermes; quelques-unes étaient ramollies à leur centre. On trouvait sur l'iléon, à cinq pouces du cœcum, un trou d'une ligne et demie de diamètre, pratiqué au centre d'une ulcération quatre fois plus large, et que nous allons décrire, en examinant la membrane muqueuse de l'intestin des parties supérieures aux inférieures. Saine

dans ses trois premiers cinquièmes, cette membrane présentait dans les deux derniers, jusqu'à dix pouces du cœcum, et souvent très-rapprochées, deux espèces de plaques, dont les unes grisâtres, peu épaisses, en tout semblables à celles que nous avons décrites chez le sujet de l'observation précédente, n'étaient ulcérées dans aucun point; tandis que les autres, plus saillantes, d'une ligne à une ligne et demie d'épaisseur, irrégulièrement ovalaires, offraient, pour la plupart, des ulcérations. Sur celles de ces dernières plaques qui n'étaient pas ulcérées, la membrane muqueuse était un peu épaissie et ramollie, la musculaire parfaitement saine, et la tunique cellulaire placée entre l'une et l'autre, convertie en une matière homogène, légèrement rosée, très-épaisse, d'une consistance ferme, qui formait presque toute la saillie. Sur les plaques ulcérées, la membrane muqueuse était plus ou moins largement détruite, la matière développée dans le tissu cellulaire plus ou moins ramollie, sa destruction plus ou moins considérable, et cette destruction était complète dans les ulcérations des derniers six pouces de l'ilion. Dans les mêmes points, la membrane musculaire était mise à nu, et là où se trouvait la perforation, elle était détruite avec la tunique péritonéale, dans un cercle d'une ligne et demie de diamètre. Les ulcérations les plus avancées étaient circonscrites par un bourrelet d'une ligne de largeur, dont la structure était la même que celles des plaques non ulcérées.

Ve Observation.

Un jeune homme de vingt-huit ans, occupé depuis dix mois à des travaux d'agriculture dans une campagne voisine de Paris, fut admis le 20 décembre 1824 à l'hôpital de la Charité. D'une taille assez élevée, d'une constitution médiocrement forte, presque toujours bien portant, il accusait trois semaines de maladie. L'affection avait été précédée, pendant un mois, d'une toux peu incommode, avait débuté par une céphalalgie intense, la perte presque complète de l'appétit, la soif, des frissons suivis de chaleur et de sueur ; ces symptômes avaient persisté, les frissons étaient revenus tous les jours régulièrement, à la même heure, dans la première semaine, puis avaient presque complètement disparu. Les selles, après avoir été supprimées pendant les huit jours qui suivirent le début, avaient été assez fréquentes et liquides, à compter du 12 décembre, et le malade assurait avoir rendu un verre de sang noirâtre, mêlé à des matières alvines, l'avant-veille de son entrée à l'hôpital. De légères coliques avaient précédé l'apparition de la diarrhée, il n'y avait eu ni douleurs à l'épigastre, ni nausées, ni vomissemens. Le malade avait été mis à une diète assez sévère, ne prenait que de l'eau de riz depuis huit jours, gardait le lit, avait un peu de chaleur et de malaise depuis quinze. La toux avait un peu diminué.

Le 21 décembre, figure naturelle, intelligence développée, réponses plus lentes que dans l'état naturel;

ni céphalalgie ni douleurs dans les membres; langue naturelle au pourtour, couleur café au lait à sa partie moyenne; anorexie presque complète, soif assez vive, épigastre un peu douloureux par intervalles, depuis vingt-quatre heures : il n'y avait eu la veille qu'une seule selle dans le soirée. Le pouls était presque calme (soixante-quinze pulsations par minute), la toux rare, la respiration facile, la percussion de la poitrine bien sonore, et le bruit respiratoire n'était mêlé d'aucune espèce de râle. Le malade était calme, n'éprouvait qu'un malaise très-modéré. (Riz édulcoré avec le sirop de gomme, potion gommée, deux demi-laits de poule.)

Il y eut, de quatre à huit heures du soir, un frisson suivi de chaleur, sans sueur. L'accès revint le lendemain et le surlendemain, mais un peu plus tôt, et on ordonna huit grains de sulfate de quinine à la visite du 24.

Le même jour, le frisson manqua. Le 25, les selles, qui avaient été régulières depuis l'admission du malade à l'hôpital, furent très-fréquentes, au nombre de quinze environ, et on ordonna l'eau de riz, avec le sirop de gomme et le jus de citron. Le sulfate de quinine fut momentanément suspendu, puis repris les deux jours suivans, et définitivement abandonné le 31. Il n'y avait eu que deux évacuations alvines la veille et l'avant-veille, et néanmoins le malade se trouvait très-affaissé.

Le 1er janvier, il eut quelques vomissemens de bile et huit à dix selles liquides très-petites. Le 2, les traits étaient un peu affaissés, la parole beaucoup plus lente, le pouls plus accéléré qu'à l'ordinaire, la chaleur mo-

dérée, la toux peu fréquente, les crachats muqueux et rares; le malade souffrait peu. (Décoct. bl., demi-julep.)

Il n'eut que trois selles dans la journée ; mais dans la nuit du 3 au 4, il éprouva *tout-à-coup* une douleur extrêmement vive à l'hypogastre. Cette douleur, qui lui arrachait des cris, conserva la même intensité pendant une heure, et diminua beaucoup ensuite. Le 4, au moment de la visite, elle était très-peu considérable, le ventre souple, et on pouvait le palper sans incommoder le malade, qui avait néanmoins donné jusque-là des preuves d'une sensibilité extrême. Ses traits étaient très-effilés, ses forces très-abattues, sa langue un peu collante, la soif plus vive qu'à l'ordinaire, le pouls beaucoup plus accéléré (cent-dix pulsations par minute), la respiration plus fréquente.

Il fut assez calme tout le jour; le 5 au matin, sa figure était animée, couverte de sueur comme le reste du corps, la langue très-humide, la soif médiocre : il ne se plaignait que de quelques douleurs à l'hypogastre, n'avait pas eu de selle la veille. Cet état de calme apparent ne fut interrompu que dans la soirée, par quelques vomissemens de bile. Un peu plus tard, à dix heures et demie, se sentant très-mal, persuadé qu'il n'avait plus que quelques minutes d'existence, le malade dit adieu à ses camarades, et à onze heures il expira.

Ouverture du cadavre trente-trois heures après la mort.

État extérieur. Ventre un peu balloné, verdâtre inférieurement; point de vergetures.

Tête. Quelques éraillures de la dure-mère donnaient passage à des granulations semi-opaques, nées de l'un des feuillets de cette membrane ; des granulations blanches et complètement opaques, nombreuses et assez larges, naissaient de l'arachnoïde près de la faux. La substance cérébrale était ferme et un peu injectée; chacun des ventricules latéraux contenait une petite cuillerée de sérosité : le reste était parfaitement sain.

Cou. Le larynx, l'épiglotte et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. Les poumons étaient unis aux plèvres dans presque toute leur étendue, par un tissu cellulaire médiocrement serré, avaient l'un et l'autre à leur sommet, dans la hauteur de deux pouces, une fermeté considérable, due au développement d'un assez grand nombre de granulations grises ou blanchâtres, solitaires ou agglomérées, de manière à former des masses plus ou moins considérables, au milieu desquelles se trouvaient quelques tubercules ramollis : il y avait encore quelques granulations dans le reste du lobe supérieur. L'inférieur offrait à peine quelques traces d'engouement, et se déchirait néanmoins avec beaucoup de facilité. Le cœur était petit, ses chairs fermes; l'aorte parfaitement saine.

Abdomen. Nous trouvâmes un liquide roussâtre, trouble, fétide, d'une odeur spécifique, dans les flancs et dans le petit bassin; un grand verre de pus jaunâtre entre le rectum et la vessie, des fausses membranes minces et peu consistantes sur le foie, dans les fosses iliaques et sur une partie de l'intestin grêle; le péritoine, sur lequel elles étaient appliquées, d'un rouge vif dans beaucoup de points; l'œsophage, par-

faitement sain; l'estomac volumineux, sa membrane muqueuse, jaune, mince, et d'une médiocre consistance dans le grand cul-de-sac et à sa face postérieure, rose, mamelonnée, d'une épaisseur et d'une consistance convenables ailleurs, offrant, au milieu de ses mamelons, de quatre-vingt à cent petites ulcérations, au niveau desquelles elle était plus ou moins complètement détruite. Près du pylore, dans la hauteur d'un pouce et demi, elle était extrêmement friable, et ne pouvait être enlevée par lambeaux. L'intestin grêle était médiocrement distendu par des gaz, universellement rose, et, dans quelques points, d'un rouge vif à l'extérieur. Il présentait à huit pouces du cœcum un trou d'une ligne de diamètre environ, en partie obstrué par une pellicule jaunâtre, encore adhérente à son pourtour. A l'intérieur, il offrait une médiocre quantité de bile, et dans ses quatre derniers pieds vingt ulcérations, parmi lesquelles s'en trouvait une qui avait la perforation indiquée à son centre. Elles étaient très-irrégulières, largement dentelées, à l'opposite du mésentère, sur les plaques qui existent naturellement dans l'intestin grêle. Leurs bords, plus ou moins larges ou étroits, étaient formés par la membrane muqueuse, épaissie, ramollie, un peu rougeâtre, mais non piquetée de gris, comme les plaques saines, et par le tissu sous-muqueux, très-épaissi, un peu infiltré, d'ailleurs blanchâtre. Ces ulcérations n'étaient pas toutes également avancées; les unes étaient formées par la destruction de la membrane muqueuse seulement; les autres, par celle de cette membrane et du tissu cellulaire sous-muqueux, en sorte que la tunique musculaire, un peu épaissie et

rougeâtre, était à nu. Enfin, cette dernière, dans un cercle de deux lignes de diamètre, et le péritoine, dans une largeur un peu moins considérable, étaient détruits au fond de l'ulcération où se trouvait la perforation. La membrane muqueuse était un peu ramollie dans cette dernière partie de l'intestin ; ailleurs elle était saine, si l'on en excepte les plaques les plus rapprochées des ulcérations, et dont quelques-unes étaient roses et un peu boursouflées, dans une partie de leur étendue. Le gros intestin contenait une petite quantité de matières fécales, pultacées ou en morceaux ; sa membrane muqueuse était pâle, ramollie, ne donnait, par traction, que des lambeaux d'une ou deux lignes dans son premier sixième, puis devenait successivement plus consistante, et reprenait dans son dernier quart la fermeté qui lui est naturelle. — Le foie avait un volume médiocre, une couleur fauve, pâle, uniforme : la bile de la vésicule était jaunâtre et trouble, ses parois un peu infiltrées. La rate semblait doublée de volume, avait une couleur claire et à-peu-près la même consistance que dans l'état naturel. Les autres viscères parfaitement sains.

VIe Observation.

Un fileur de coton, âgé de vingt-sept ans, d'une grande taille, d'une constitution assez forte, ordinairement bien portant, cheveux châtains, membres un peu grêles, était à Paris depuis cinq mois.

quand il tomba malade au commencement d'août 1824.

L'affection avait été précédée, pendant quelques jours, d'une légère diminution d'appétit, et avait débuté par une céphalalgie intense, des frissons, la soif et l'anorexie complète. Ces symptômes avaient continué, les frissons étaient revenus irrégulièrement tous les jours, pendant la première semaine, avaient cessé à la suite d'une saignée, et dix jours après, le malade avait eu, au retour d'une promenade dans laquelle il s'était légèrement refroidi, un peu de toux accompagnée de crachats sanglans, visqueux et rouillés, pour lesquels on avait fait successivement trois saignées. Le 24 août, vingt-troisième jour de l'affection, sixième de la toux, il fut admis à l'hôpital de la Charité, où nous le trouvâmes dans l'état suivant.

Faiblesse assez considérable, figure médiocrement animée, intelligence un peu obtuse, nulle apparence de malaise ou d'anxiété, point de céphalalgie, sommeil médiocre : langue un peu rouge au pourtour, jaune et villeuse au centre, bouche pâteuse, soif vive, ventre souple et indolent dans toute son étendue, trois selles liquides sans coliques, dans les dernières vingt-quatre heures (un peu de diarrhée depuis trois jours); chaleur élevée, pouls large et accéléré (cent vingt pulsations par minutes); oppression médiocre, toux peu fréquente, râle sec et sonore à la partie antérieure de la poitrine dans l'inspiration, crépitation assez fine en arrière, à gauche, dans les deux cinquièmes inférieurs; râle muqueux à droite dans le point correspondant, quelquefois même sorte de gargouillement; crachats assez abondans,

muqueux, largement aérés, visqueux; quelques-uns rouillés. (Viol. édulc., riz édulc., pot. gom., saignée de ℥ viij; vésicat.)

La journée fut assez calme; mais au milieu de la nuit, le malade fut pris *tout-à-coup* d'une douleur assez vive dans la partie inférieure du ventre, et eut, jusqu'au moment de la visite, six selles liquides. Alors il se plaiguait peu, avait la figure pâle et violacée, recherchait la chaleur, et s'enveloppait le plus exactement possible dans ses couvertures; tout son ventre était sensible à la pression, mais à un médiocre degré. Il n'avait eu ni frissons, ni nausées, ni vomissemens; la chaleur était peu élevée, le pouls assez large, aussi accéléré que la veille; les crachats, toujours visqueux, n'étaient plus rouillés, il y avait à peine des traces de crépitation, mais on entendait dans toute l'étendue de sa poitrine un râle vibrant qui en faisait frémir les parois. Le malade se mettait sur son séant avec assez de facilité.

Il y eut dans la soirée des vomissemens de bile assez copieux. Le lendemain matin, l'élève chargé des pansemens fit celui du vésicatoire, et pendant le temps nécessaire à cette opération, le malade se tint à son séant: il se coucha ensuite, et trois minutes après, comme nous nous approchions de lui pour l'observer, il expira.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable que le développement du ventre, très-météorisé et déjà bleuâtre dans une grande partie de son étendue.

Tête. L'arachnoïde et la pie-mère étaient dans l'état naturel, la substance médullaire du cerveau d'une bonne consistance, un peu injectée : il y avait une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, et une demi-cuillerée du même liquide à la base du crâne. Le cervelet, la protubérance et la moelle allongée étaient dans l'état naturel.

Cou. L'épiglotte, le larynx, la trachée-artère et le pharynx, sans altération appréciable.

Poitrine. Le cœur et l'aorte étaient parfaitement sains; il y avait quelques adhérences celluleuses à la partie postérieure du poumon gauche, qui était, comme celui du côté droit, souple et léger, n'offrait que quelques traces d'engorgement à sa partie postérieure. Les bronches avaient une teinte rosée, et contenaient une petite quantité de mucus.

Abdomen. L'estomac et l'intestin grêle étaient considérablement distendus par des gaz. Il y avait, dans la cavité de l'abdomen, de trois à quatre pintes de sérosité trouble, jaunâtre, mêlée de flocons albumineux, d'une odeur fétide, particulière aux perforations de l'intestin, et entre la vessie et le rectum un grand verre de pus bien lié. Sur l'iléon, à deux pouces et demi du cœcum, on voyait deux trous d'une ligne et demie de diamètre, placés au centre de deux ulcérations qui seront bientôt décrites. L'œsophage offrait dans toute sa hauteur des ulcérations ovalaires, au nombre de trente, dirigées verticalement, de trois à trente-six lignes de surface, d'autant plus larges qu'on s'approchait davantage du cardia, formées par la destruction complète de la membrane muqueuse qui semblait parfaitement saine

à leur pourtour. Celle de l'estomac était grisâtre, d'une épaisseur et d'une consistance convenables dans sa moitié pylorique, jaunâtre et ramollie ailleurs, offrait près du pylore, dans la hauteur d'un pouce et demi, plusieurs petites ulcérations d'une ligne de diamètre. Une ulcération pareille, un peu plus large seulement, avait son siége dans le duodénum, près de la valvule pylorique. Les circonvolutions de l'intestin grêle étaient réunies dans plusieurs points par des concrétions albumineuses membraniformes, grisâtres, d'une bonne consistance, et offraient aussi des plaques d'un rouge assez intense, dues à l'injection du péritoine. Le jéjunum contenait une médiocre quantité de bile; sa membrane muqueuse était parsemée, dans sa dernière partie, de plaques tiquetées de gris; on en voyait de semblables dans l'iléon, et jusque dans ses quatre derniers pieds elles avaient l'aspect qu'elles offrent dans l'état naturel : au-delà, elles étaient remplacées par vingt ulcérations irrégulières, plus voisines de la forme carrée que de la forme arrondie, à bords peu saillans, grisâtres et coupés en dédolant, de la largeur de deux lignes, formés principalement par l'épaississement de la tunique sous-muqueuse. Au fond des ulcérations, se trouvait la tunique musculaire, un peu rouge, d'ailleurs saine, amincie, ou presque entièrement détruite : elle l'était tout-à-fait, et la tunique péritonéale existait seule, au centre de l'une de ces ulcérations. Enfin cette dernière membrane avait disparu là où se trouvaient les perforations indiquées. La plus grande des ulcérations était contre la valvule iléo-cœcale, avait deux pouces de long sur un de large. Les glandes mésentériques étaient volumineuses,

grisâtres et un peu molles. La membrane muqueuse du gros intestin était légèrement ramollie dans quelques points et parfaitement saine dans le reste de son étendue. Le foie était mollasse, d'ailleurs sain ; sa vésicule offrait, au milieu d'un liquide assez abondant, d'une couleur un peu plus foncée que de coutume, un calcul noirâtre, du volume d'un pois, hérissé d'aspérités. La rate était quatre à cinq fois plus volumineuse que dans l'état ordinaire, sa couleur, noirâtre à l'intérieur comme à l'extérieur, son tissu ramolli à un médiocre degré. Les autres viscères parfaitement sains.

VIIe Observation.

Une femme, âgée de vingt-six ans, d'une constitution médiocrement forte, d'une taille moyenne, d'un embonpoint modéré, parfaitement bien conformée, d'une sensibilité assez vive, fut conduite à l'hôpital de la Charité, le 22 septembre 1822. Elle était à Paris depuis trois ans, et malade depuis huit jours. L'affection avait été précédée, pendant un mois, de malaises indéfinissables, et avait débuté par un frisson violent suivi de chaleur, la soif et l'anorexie. Cet état auquel se joignirent des spasmes à la gorge, se prolongea pendant quelques jours ; le sixième, les idées de la malade furent parfois un peu désordonnées ; le septième, elle accusa une céphalalgie assez intense, et fut conduite à l'hôpital, où elle passa une partie de la nuit à crier. Elle n'avait point eu de douleurs dans l'abdomen.

Le lendemain, 23 septembre, la figure était pâle

et un peu altérée, grimaçait quelquefois, quelquefois était calme et sans expression remarquable ; la mâchoire était agitée de mouvemens semblables à ceux de la mastication ; la malade, qui ne répondait à M. Chomel que par monosyllabes, et ne paraissait pas toujours alors jouir de sa raison, satisfaisait assez bien néanmoins aux questions de la sœur de service, assurait n'avoir de douleurs qu'aux pieds, où on lui avait appliqué des sinapismes pendant la nuit : la langue était un peu gluante et d'une couleur naturelle, la soif nulle, le ventre un peu météorisé ; la pression y était pénible et faisait grimacer la figure. Le pouls battait quatre-vingt-dix fois par minute, n'était ni plein, ni dur ; la chaleur était élevée, la respiration assez fréquente, le bruit respiratoire mêlé d'un râle sec et sonore, les crachats quelquefois teints de sang, assez liquides, la toux rare. (Saignée de dix onces, lotions froides sur la tête, sinapismes, vésicatoires aux cuisses; solution de sir. de gomme acidulée.)

Le calme se rétablit; il n'y eut de cris ni le jour, ni la nuit; la malade causa un peu et raisonnablement avec les personnes qui vinrent la voir.

Cependant, le lendemain 24, sa figure exprimait l'anxiété; elle affirmait souffrir, tantôt de tout le corps, tantôt de la tête seulement; il y avait des mouvemens spasmodiques à la mâchoire inférieure, la bouche était remplie de mucosités épaisses, le ventre souple, mou, insensible à la pression, la chaleur toujours élevée, le pouls un peu moins prompt, plus développé que la veille, les crachats visqueux. (Solut. de sir. de gomme, lavem. émoll., lotions d'eau froide sur la tête, vésicatoires aux cuisses.)

La malade fut assez tranquille tout le reste du jour; mais, au milieu de la nuit, elle fut prise *tout-à-coup* d'une violente douleur de ventre, qui lui arracha des cris aigus.

Le 25, au moment de la visite, les traits étaient décomposés, les yeux ternes, la pâleur du visage plus grande encore que de coutume, l'affaissement considérable, l'intelligence entière, la langue sèche, en partie noirâtre et encroûtée ; le ventre météorisé, extrêmement douloureux, ne pouvait supporter la moindre pression : le malade y sentait une chaleur incommode, et les boissons exaspéraient encore ses douleurs. Le pouls était médiocrement accéléré, petit et faible, la respiration plus fréquente que la veille : il n'y avait ni nausées ni vomissemens. M. Chomel, qui avait reconnu la cause de la péritonite, prescrivit des émolliens sous toutes les formes.

Les douleurs de ventre furent très-vives le jour et la nuit, et bientôt il y eut des vomissemens de bile.

Le 26, la malade répondait parfaitement bien aux questions ; sa figure était entièrement décomposée, portait l'empreinte de la douleur et de l'abattement, était pâle comme le reste du corps, les dents et la langue sèches, les nausées continuelles; les selles, auparavant rares et difficiles, étaient nombreuses et liquides, l'hypogastre extrêmement douloureux, tendu, le pouls filiforme, les parties découvertes froides.

La malade passa la nuit au milieu des cris et des vomissemens, qui continuèrent jusqu'à la mort, c'est-à-dire jusqu'au lendemain 27, à six heures, cinquante

ou cinquante-quatre heures après le début d'un péritonite extrêmement douloureuse.

Ouverture du cadavre vingt-six heures après la mort.

État extérieur. Pâleur sans vergetures; rien autre chose de remarquable.

Tête. Veines cérébrales gorgées de sang; cerveau un peu humide, d'ailleurs parfaitement sain.

Poitrine. Léger épanchement de sérosité rougeâtre dans la cavité des plèvres; infiltration séreuse peu considérable, de la partie postérieure des poumons, du droit surtout.

Abdomen. Une petite incision faite aux parois de l'abdomen en laissa échapper un peu de gaz sans odeur. L'épiploon recouvrait tout l'intestin grêle et y adhérait faiblement; un liquide trouble et roussâtre, puriforme, contenant des flocons albumineux, remplissait la cavité du bassin et se répandait jusqu'à la face concave du foie ; les circonvolutions intestinales adhéraient entre elles au moyen de fausses membranes jaunâtres et molles. Sur l'iléon, à trois pouces environ du cœcum, se trouvait un trou de deux lignes de diamètre, placé au centre d'une des ulcérations de l'intestin; un peu au-dessus on en voyait encore deux autres, mais beaucoup plus petits. Le péritoine qui environnait les perforations était, dans la largeur de cinq lignes, d'un rouge clair. A l'intérieur, la membrane muqueuse avait une teinte jaune verdâtre peu foncée, une consistance presque égale à celle qui lui est naturelle, une épaisseur convenable, et près du cœcum, à sa terminaison, elle offrait, dans la

longueur d'un pied et demi, dix ulcérations. Leur pourtour était très-anguleux, leur bord un peu saillant, ce qui était dû à l'épaississement de la membrane muqueuse, et surtout à celui du tissu sous-muqueux : leur fond était pâle, formé par la membrane musculaire saine, encore recouverte, dans la plupart des points, par une pellicule très-mince de tissu cellulaire : enfin, ces membranes et le péritoine étaient complètement détruits dans le point correspondant aux trois perforations. Les glandes mésentériques étaient volumineuses et d'un rouge foncé, dans la partie du mésentère qui répondait aux ulcérations. La membrane muqueuse du gros intestin n'offrait rien de remarquable ; celle de l'estomac était pointillée de rouge, légèrement ramollie dans le grand cul-de-sac, et parfaitement saine ailleurs. — Le foie était dans l'état naturel, la bile de la vésicule d'une couleur très-foncée, mais peu épaisse ; la rate, doublée de volume et un peu ramollie.

Jetons maintenant un coup d'œil général sur les observations qui précèdent, examinons les circonstances au milieu desquelles la lésion qui nous occupe est survenue, et les symptômes qui peuvent la faire reconnaître.

Les sujets qui en ont été victimes étaient jeunes et dans la force de l'âge ; à part le premier, qui était faible et d'un tempérament lymphatique, ils avaient une bonne constitution, étaient rarement malades, ne faisaient pas d'excès, et présentaient les attributs du tempérament sanguin ou bilieux, ou lymphatique

sanguin. Presque tous étaient à Paris depuis peu de temps.

Les causes de leur maladie étaient inconnues.

Si l'on en excepte un cas, elle a débuté comme une fièvre continue légère, et n'a présenté aucun symptôme grave avant l'époque de la perforation. La diarrhée n'a été momentanément considérable que chez un malade (v^e^. Obs.); elle a été modérée chez un autre (ive. Obs.), moindre encore chez les sujets des deuxième et sixième observations; elle n'a pas eu lieu chez les autres. — Celui dont la diarrhée a été momentanément considérable, n'a éprouvé que de légères douleurs à l'épigastre; ces douleurs étaient assez vives dans différentes parties de l'abdomen, dans un cas (ive. Obs.), très-légères ou nulles chez le reste des individus avant l'époque de la perforation. (1re et iie Obs.) — Trois d'entre eux se croyaient convalescens et étaient considérés comme tels depuis quelques jours, quand les symptômes de cette lésion se manifestèrent; un quatrième (ive. Obs.) semblait devoir guérir promptement d'une entérite légère, en sorte que non-seulement rien ne pouvait faire prévoir, chez ces quatre sujets, la lésion à laquelle ils ont succombé, mais qu'il eût été absurde, à raison de la bénignité des symptômes, de redouter pour eux des accidens graves. Et actuellement que nous sommes prévenus, que nous avons sous les yeux l'histoire de plusieurs malades qui ont succombé à une perforation aiguë de l'intestin, nous n'en serions pas plus capables de la prévoir dans des cas analogues, aucun symptôme ne les distinguant de ceux qui se terminent rapidement par le retour à la santé.

Si le début des ulcérations qui ont amené la lésion qui nous occupe, ne peut pas être déterminé d'une manière précise, on ne s'éloigne sans doute pas beaucoup de la vérité, en supposant qu'il coïncide avec les premiers symptômes de la maladie ; d'où il résulterait que la marche de ces ulcérations a été assez rapide, qu'elles sont arrivées à leur dernier terme, dans l'espace de douze à vingt-cinq jours, rarement plus tard. (Obs. v, vii.)

A une certaine époque de l'affection qui les avait conduits à l'hôpital, les malades éprouvèrent tout-à-coup, dans l'abdomen, une douleur vive et déchirante, bientôt suivie de la décomposition des traits, de nausées et de vomissemens, etc., etc. : ces symptômes persistèrent avec plus ou moins de violence, de vingt à cinquante-quatre heures, et offrirent des rémissions plus ou moins considérables ; ils annonçaient une péritonite très-intense, déterminée par une cause violente, ayant agi d'une manière subite, comme l'aurait fait une matière très-irritante appliquée à la surface du péritoine : c'est par leur ensemble que la lésion qui nous occupe a été reconnue par Messieurs Lerminier, Chomel et Martin-Solon, qui donnaient des soins aux malades dont nous avons donné l'histoire ; il convient par tous ces motifs de les regarder comme des signes caractéristiques de la perforation de l'intestin, de manière que *si, dans une maladie aiguë et dans des circonstances inattendues, il survenait tout-à-coup une violente douleur de ventre, si cette douleur était exaspérée par la pression, accompagnée de la prompte décomposition des traits, et plus ou moins promptement de nausées et de vomis-*

semens, nous croirions et nous annoncerions qu'il y a perforation de l'intestin.

La douleur de ventre la plus vive, survenue subitement, accompagnée de l'altération des traits, de nausées et de vomissemens, serait insuffisante pour porter, *avec certitude*, un pareil diagnostic; l'exaspération de cette douleur par la pression est nécessaire. Ainsi, nous avons vu périr à l'hôpital de la Charité, dans l'espace de deux jours, une femme atteinte de phthisie pulmonaire encore peu avancée, qui offrit pour toute lésion récente, à l'ouverture du corps, une foule de taches rouges lenticulaires, dans toute l'étendue de la membrane muqueuse du colon, bien qu'elle eût éprouvé, dans toute leur violence, les symptômes qui viennent d'être indiqués; seulement les douleurs de ventre n'étaient point exaspérées par la pression. Aussi, malgré la réunion des symptômes extrêmement graves et caractéristiques, éprouvés par le malade qui fait l'objet de la cinquième observation, eûmes-nous des doutes sur la nature de la cause à laquelle il fallait les attribuer, l'abdomen pouvant être palpé sans exaspérer les douleurs d'une manière sensible. Non-seulement il faut, pour donner au diagnostic un grand degré de certitude, que la douleur qui se déclare dans les circonstances indiquées, s'exaspère par la pression, mais elle doit encore s'étendre promptement à tout l'abdomen, de manière que si elle restait limitée au point où elle s'est d'abord manifestée, on ne pourrait pas, malgré la coincidence des autres symptômes, affirmer la perforation de l'intestin, ou même celle de tout autre viscère dans la cavité de l'abdomen: le fait suivant en est la preuve. Il s'agit d'un homme de trente ans que

nous observâmes, en 1823, à l'hôpital de la Charité, où il était venu se faire traiter d'une maladie de l'estomac. Il offrait effectivement tous les symptômes d'une gastrite chronique ; mais, après quelques jours de repos, il fut pris tout-à-coup d'une violente douleur à l'épigastre, bientôt accompagnée de nausées, de vomissemens et de l'altération des traits. Cette douleur, qui était exaspérée par la pression, occupait un espace peu considérable et fut toujours bornée à la région où elle s'était déclarée : comme les autres symptômes, elle persista avec plus ou moins de violence pendant quatre jours, après lesquels le malade mourut ; et, à l'ouverture du cadavre, on trouva pour principale lésion, un épanchement considérable de sang derrière le péritoine, par suite de la rupture d'un anévrisme de l'artère cœliaque. Pendant sa vie, le sujet n'avait point éprouvé de battemens, et nous n'en avions pas non plus senti à la région de l'épigastre (1).

---

(1) Les symptômes que nous venons de signaler conviennent plus ou moins aux perforations de toute espèce qui peuvent avoir lieu dans la cavité de l'abdomen, et si leur réunion doit faire soupçonner celle de l'intestin grêle plutôt que de tout autre organe, c'est qu'elles sont incomparablement les plus fréquentes, et que quand elles ont lieu dans d'autres viscères, c'est seulement à la suite de quelque maladie de long cours ; tandis que les perforations de l'intestin grêle ont presque toujours lieu dans les affections aiguës, au point que sur cent cinquante phthisiques que nous avons ouverts, nous n'avons trouvé qu'un exemple de perforation de l'intestin grêle, et que sur cent soixante sujets morts de maladies chroniques de différente nature, nous n'avons rencontré que deux cas de la même lésion.

Le premier est relatif à une femme âgée de vingt-trois ans, qui avait éprouvé, trois années avant la lésion qui nous occupe, de légers symptômes de péritonite, à la suite de couches. Ces symptômes s'étaient promptement dissipés, et à part quelques accidens nerveux qui avaient cédé aux révulsifs, la santé fut très-bonne, jusqu'au moment où,

Toutefois, il convient de remarquer que la douleur, après avoir présenté les caractères que nous venons d'indiquer, peut diminuer promptement et assez, pour que les malades soient bientôt sans crainte

---

trois mois avant sa mort, la malade fut prise *tout-à-coup*, au milieu de la rue, d'une violente douleur derrière le ligament de Fallope, du côté droit, qui l'obligea de s'arrêter, en sorte qu'on fut obligé de la reconduire chez elle sur un brancard. Cette douleur, qui fut très-vive pendant vingt jours, devint ensuite plus tolérable, fut toujours bornée à un petit espace, ne fut accompagnée, à aucune époque, de nausées ou de vomissemens, et même, l'appétit ne diminua que fort peu dans tout son cours. Elle redevint *subitement* très-vive quinze jours avant la mort de la malade, et toujours dans le point où elle s'était d'abord déclarée; mais cette fois, elle s'étendit chaque jour davantage, et bientôt il y eut des nausées et des vomissemens, en un mot, tous les symptômes d'une péritonite intense; et à l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes une pinte de pus très-épais dans l'abdomen, des fausses membranes sur la plupart des viscères qui y sont contenus, plusieurs circonvolutions de l'intestin grêle adhérentes au ligament de Fallope du côté droit, et au milieu d'elles, un trou de deux lignes de diamètre, fait aux parois d'un kyste. Celui-ci avait deux pouces et demi de longueur, douze à quinze lignes de largeur, près de deux millimètres d'épaisseur, semblait développé dans le ligament large correspondant de l'utérus, contenait une matière purulente assez épaisse, et communiquait avec l'intestin grêle, à un pied du cœcum, au moyen de deux perforations, dont chacune avait environ deux lignes de diamètre. On trouvait encore un autre kyste du côté gauche, dans l'excavation du petit bassin, et sous le péritoine: il était arrondi, du volume d'une grosse pomme, un peu rugueux, réticulé à sa face interne, d'une ligne d'épaisseur, contenait un pus homogène bien lié, et s'ouvrait dans le rectum, par une ouverture un peu irrégulière, de huit à neuf lignes de diamètre. Ces trois perforations se ressemblaient, en ce qu'à leur pourtour la destruction des différentes membranes de l'intestin était la même pour toutes, ce qui n'avait lieu dans aucun des cas dont nous avons donné l'histoire. Il n'y avait pas non plus la moindre ulcération dans toute la longueur du canal intestinal. Ce double fait, l'absence d'ulcération et l'égale destruction de toutes les membranes, dans le point où se trouvaient les perforations, semble indiquer que celles-ci avaient eu lieu par un mécanisme différent de celui que nous avons observé jusqu'ici, et probablement de dehors en dedans, comme nous en donnerons tout-à-l'heure un exemple.

Sans rechercher l'époque à laquelle on peut rapporter la formation des kystes, nous dirons que la première douleur éprouvée par la malade, trois

sur leur situation (Obs. I, V, VI); mais alors d'autres symptômes doivent empêcher le médecin de partager cette sécurité; les traits restent grippés, les nausées et les vomissemens continuent, ou bien, la figure, sans

---

mois avant sa mort, nous paraît devoir être attribuée à la rupture de l'intestin grêle dans le kyste du côté droit, et la seconde, à la rupture de ce même kyste dans l'abdomen; et cette manière de voir nous semble démontrée : 1°. par la violence de la première douleur, qui, malgré ce caractère, n'en fut pas moins toujours bornée à un très-petit espace, ne fut accompagnée d'aucun des symptômes de la péritonite, ce qui serait tout-à-fait inconcevable, si elle eût été le résultat de l'épanchement d'un liquide dans la cavité de l'abdomen; 2°. par la ressemblance des symptômes éprouvés par la malade, dans les derniers jours de son existence, avec ceux des perforations qui établissent une communication entre la cavité de l'intestin et celle du péritoine.

Le second cas de l'espèce de perforation qui nous occupe, est relatif à un maçon âgé de vingt ans, d'une constitution peu forte, qui offrit, pendant sept mois et demi, tous les symptômes d'une péritonite chronique, et qui, après plusieurs semaines d'une amélioration bien marquée, accusa des douleurs assez vives près de la fosse iliaque du côté droit, où ses boissons semblaient s'arrêter. Le surlendemain de leur apparition, les traits se décomposèrent, la figure devint grippée, et six jours après le malade succomba, ayant eu, à un médiocre degré, tous les symptômes d'une péritonite aiguë, des nausées, des vomissemens, etc. A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes, outre plusieurs petites excavations tuberculeuses au sommet du poumon droit, beaucoup de matière tuberculeuse à l'état de crudité, sous forme arrondie ou aplatie (suivant ses dimensions, qui étaient très-variables), sous la lame péritonéale qui revêt l'intestin grêle, près de sa continuation avec le mésentère surtout; un petit foyer de matière jaunâtre, épaisse, trouble, assez semblable à celle qui était contenue dans l'intestin grêle, près de la fosse iliaque droite, et dont nous évaluâmes le volume à six ou huit onces; un autre en tout semblable, un peu à gauche, mais caché par des circonvolutions de l'intestin, tandis que le premier était à découvert, après l'enlèvement de la paroi antérieure de l'abdomen. Ces foyers communiquaient avec l'iléon, au moyen d'une vingtaine de petits trous pratiqués dans son épaisseur, d'une à deux lignes de diamètre, un peu irréguliers et rougeâtres, au pourtour desquels les membranes de l'intestin étaient coupées de niveau. A l'intérieur, ce viscère offrait, dans ses deux derniers tiers, des taches et des saillies jaunâtres, dont le nombre augmentait à mesure qu'on s'approchait du cœcum. Elles étaient dues au développement de la matière tuberculeuse, qui avait successivement dé-

être profondément altérée, est pâle et violacée; les malades éprouvent un frisson perpétuel, s'enveloppent le plus exactement possible dans leur couverture et craignent d'en sortir, ont l'attitude d'un homme

---

truit les parois de l'intestin, de manière que sur un assez grand nombre d'entre elles, la membrane muqueuse existait seule, sur d'autres cette membrane et la celluleuse, sur un troisième ordre celles-ci et une partie de la tunique musculaire; tandis que dans plusieurs points toutes ces membranes étaient détruites, et la matière tuberculeuse au fond de la perforation, qu'elle fermait complètement ou incomplètement. D'ailleurs toutes ces taches ou perforations étaient placées près de la racine du mésentère, dans un point opposé aux plaques glanduleuses de l'intestin, dont aucune n'était ulcérée; et comme nous le disions au sujet de l'observation précédente, la lésion qui nous occupe avait eu lieu évidemment de dehors en dedans, c'est-à-dire par un mécanisme opposé à celui qu'on observe ordinairement.

Ici encore, les perforations ont déterminé tous les symptômes d'une péritonite aiguë, assez intense, et si les douleurs n'ont pas eu toute la vivacité qu'elles ont offerte dans les sept observations que nous avons rapportées, on peut croire que c'est en grande partie parce que l'épanchement s'est fait sur des membranes malades, et peut-être aussi chez un sujet qui exprimait ses souffrances avec peu d'énergie.

Nous avons encore observé la perforation de quelques autres viscères situés dans l'abdomen, savoir, 1°. de l'estomac, deux fois, par suite du ramollissement et de la destruction de sa membrane muqueuse, et successivement des tissus sous-jacens: 2°. du foie dans un cas d'abcès aigu et d'un grand volume (Voyez la 2° obs. de notre mémoire sur les abcès du foie); et dans ces cas la perforation n'a donné lieu à aucun symptôme appréciable, il n'y avait pas de traces de péritonite, sans doute que parce que la lésion n'avait eu lieu que dans les derniers momens de l'existence. Nous n'avons observé ni la perforation de la vésicule biliaire, ni celle de la vessie ou des reins, mais nous avons recueilli un exemple assez remarquable de perforation d'un kyste placé dans l'abdomen, et nous allons l'exposer d'une manière succincte.

Le sujet de l'observation était une femme âgée de soixante-quinze ans, qui fut apportée, agonisante, à l'hôpital de la Charité, où elle mourut quelques heures après son admission, le 10 juin 1824. Au rapport de sa fille, elle portait depuis dix ans une tumeur dans l'abdomen, quand elle fut prise *tout-à-coup*, au mois de décembre de l'année précédente, d'une violente colique qui dura deux heures de suite avec la même violence, et reparut le lendemain, tout aussi forte, et à peu près pendant le même

qui, ayant pris un bain froid, ne pourrait se réchauffer (VIe. Obs.) Nous avons observé plusieurs fois cet état, et seulement dans le cas de perforation de l'intestin grêle, soit qu'elle fût déterminée par une cause

---

temps. Dès ce moment, la malade avait été obligée de se mettre au lit, qu'elle ne quitta plus, et avait éprouvé de fréquentes douleurs de ventre; celles-ci étaient devenues assez vives dans les vingt derniers jours de son existence, et avaient été accompagnées de nausées et de vomissemens. D'ailleurs nous ne pûmes avoir de renseignemens précis sur d'autres points de l'affection de la malade, et nous assurer si ces deux derniers symptômes avaient ou non existé, au moment où elle fut prise tout-à-coup d'une violente colique; et lors de l'examen du cadavre, vingt-huit heures après la mort, nous trouvâmes l'abdomen très-volumineux, offrant du côté gauche une rénitence très-marquée, et à l'intérieur une grande quantité de fluide rouge clair, un peu trouble, au milieu duquel nageaient des flocons albumineux de même couleur. Une fausse membrane épaisse de trois-quarts de ligne environ, recouvrait tous les viscères d'où on l'enlevait aisément, était rose à sa face adhérente, d'une couleur orange du côté opposé, offrait une fermeté assez considérable, était composée de plusieurs couches, dont la consistance augmentait de l'intérieur à l'extérieur : elle recouvrait aussi la tumeur dont nous avons parlé. Celle-ci était formée par un kyste irrégulièrement arrondi, de huit pouces de diamètre, développé sur le côté gauche des vertèbres lombaires, auxquelles il adhérait assez faiblement. Il offrait, à sa partie antérieure et supérieure, une solution de continuité, longue de trois-quarts de pouce, contenait un liquide semblable à celui qui se trouvait dans la cavité péritonéale, mais un peu plus épais; était fibreux, blanc ou bleuâtre, parfaitement lisse à l'intérieur; avait la même couleur à sa face interne, si ce n'est dans une petite étendue, où il était fauve et raboteux : ailleurs il offrait un aspect aréolaire peu prononcé, et dans quelques points, la lame la plus superficielle de cette même face était détruite. Les parois de ce kyste, qui avaient un millimètre, ou un peu moins, d'épaisseur, offraient, développées entre leurs lames, deux tumeurs, dont l'une, du volume d'une noisette, contenait un liquide séreux, et l'autre, large de quatre lignes, et ayant quatre pouces de surface, contenait une matière analogue, pour les apparences extérieures, à de la gelée de viande.

Nous ne croyons pas nécessaire d'appuyer longuement sur le rapport qui existe entre les symptômes et les lésions observées; car il doit être évident pour tout le monde, que les violentes coliques éprouvées par la malade, sept mois avant sa mort, étaient le résultat de la rupture du kyste, et que c'est à cette lésion qu'il faut rapporter la péritonite dont le début date de

interne, soit qu'elle fût l'effet d'une cause externe, comme d'une balle qui aurait traversé les parois de l'abdomen et celles de l'intestin dans plusieurs points.

Une circonstance accessoire pourrait encore donner plus de précision au diagnostic : nous voulons parler du point de départ de la douleur près de la région du cœcum, là où ont ordinairement lieu, comme nous avons vu, les perforations de l'intestin grêle. Toutefois, cette lésion n'ayant pas toujours lieu dans le même point, et la position de l'intestin grêle n'étant pas non plus toujours exactement la même, on conçoit qu'il ne faut pas attacher trop d'importance à la détermination précise du lieu où se manifeste la douleur.

Mais les symptômes que nous venons de signaler

---

la même époque. Mais ce que nous devons remarquer, c'est la longueur de l'intervalle compris entre le moment de la perforation et celui de la mort, celle-ci n'étant arrivée qu'au septième mois ; tandis que les malades atteints d'une perforation de l'intestin grêle, n'y survivent que quelques jours. Cette extrême différence tient sans doute à celle du fluide épanché, très-irritant dans un cas, et beaucoup moins dans un autre. Il est probable en effet que dans celui qui nous occupe, le fluide épanché était séreux, ou à-peu-près tel : et on peut le conclure, de la structure du kyste, des qualités du liquide renfermé dans une petite tumeur développée dans l'épaisseur de ses parois, et encore d'une autre petite tumeur également enkystée, qui se trouvait sur les bords du détroit supérieur, du côté droit, et qui contenait un liquide séreux et limpide.

Si nous avons négligé de dire comment la fausse membrane se comportait au pourtour de la perforation du kyste, c'est qu'au moment où nous fîmes l'ouverture du cadavre, nous n'avions pas encore recueilli de renseignemens sur le compte de la malade, que nous n'avions alors aucune idée de la cause du désordre, et qu'ayant enlevé assez rapidement la fausse membrane de dessus les viscères, nous ne fûmes plus à même de découvrir ses rapports avec l'ouverture du kste quand nous la découvrîmes. Mais l'identité de couleur de la matière renfermée dans ce kyste et dans le péritoine nous semble prouver suffisamment, qu'il y avait encore communication entre ces deux cavités, au moment de la mort.

peuvent manquer en plus ou moins grande partie, et alors le diagnostic de la lésion est impossible, ou bien l'on est réduit à de simples conjectures. L'observation suivante en est la preuve.

VIIIe Observation.

Un menuisier, d'une constitution peu forte, habituellement maigre, d'une taille moyenne, n'ayant jamais eu d'affection grave, fut admis à l'hôpital de la Charité le 10 novembre 1823. Arrivé à Paris dans la dernière semaine du mois d'août, il était malade depuis quinze jours, et avait presque constamment gardé le lit depuis cette époque.

Sa maladie avait débuté brusquement, au milieu du jour, par l'anorexie, un peu de diarrhée, et un sentiment de faiblesse si considérable, qu'il n'avait pu regagner sa demeure qu'avec peine : ces symptômes avaient persisté, seulement la faiblesse avait un peu diminué, à partir du troisième jour ; d'ailleurs point de frissons, de douleurs de ventre, de nausées ou de vomissemens ; par fois un peu de chaleur et de sueur pendant la nuit.

Le 4 novembre, figure un peu animée, fatigues légères dans les membres, sommeil médiocre et sans rêves, facultés intellectuelles peu développées, faiblesse assez considérable, pas assez néanmoins pour empêcher le malade de venir à l'hôpital, aidé d'un de ses camarades ; langue un peu rouge au pourtour, blanchâtre et tiquetée de rouge au centre, anorexie,

soif médiocre, ventre souple et indolent dans toute son étendue, trois selles liquides dans les dernières vingt-quatre heures; pouls à quatre-vingt-quatre pulsations par minute, chaleur modérée, un peu de toux, quelques crachats demi-vitrés, attitude convenable. (Décoct. de riz avec le sir. de gom., lavement de lin, pot. gom. simple.)

Le soir, chaleur intense, et durant la nuit légères douleurs à l'épigastre, élancemens insupportables dans l'oreille gauche, surdité presque complète de ce côté. Le lendemain, même état de l'oreille, pouls un peu plus accéléré que la veille, chaleur naturelle, langue un peu rouge et sèche au centre; toux plus incommode, crachats plus visqueux et un peu louches : il y avait eu deux selles liquides et une moiteur assez considérable.

Dans la nuit du 5 au 6, sueur copieuse, suivie de nausées et de vomissemens de bile. Le 6, à l'heure de la visite, l'état du malade était à-peu-près le même que la veille à la même heure, seulement le pouls était à-la-fois plus accéléré (cent pulsations par minute) et plus étroit.

Il y eut des coliques assez vives, pendant la nuit, autour de l'ombilic; le lendemain 7, elles existaient encore dans le même point, la langue était humide et blanchâtre au centre, un peu rouge au pourtour, la soif modérée, la chaleur assez forte, le pouls médiocrement accéléré, la céphalalgie intense, l'expression de la figure naturelle; il y avait eu une selle liquide. (Douze sangsues à l'anus.)

Les douleurs se dissipèrent dans la journée, ne reparurent que le lendemain ou le surlendemain; il

y eut chaque jour trois évacuations alvines; et comme l'une d'elles fut accompagnée de vers lombrics, et que le sujet en avait rendu huit jours de suite, une semaine avant de tomber malade, on ordonna une once d'huile de ricin, mêlée à pareille quantité de sirop tartareux, à prendre dans la matinée du 9.

Cette potion n'augmenta point le nombre de selles, et ne fit pas rendre de vers. Le 10, le pouls battait quatre-vingt-dix fois par minute, la figure était un peu moins naturelle que de coutume, exprimait une sorte d'embarras et de malaise.

Dans la journée, le malade fut souvent assoupi, eut deux selles, dont une involontaire, et rendit quelques vers lombrics. Au milieu de la nuit, vomissemens de bile très-considérable. Le lendemain matin 11, la tendance à l'assoupissement continuait, la figure était peu altérée, la faiblesse extrême, les réponses brèves, la soif vive, l'épigastre très-sensible à la pression, le ventre bien conformé; le pouls n'était pas plus accéléré que la veille, la respiration était un peu haute et fréquente, la poitrine rendait un son clair dans toute son étendue, et en arrière, du côté droit, près de la colonne vertébrale, il y avait un peu de râle crépitant, gros. (Deux vésicat. aux jambes, fomentat. sur l'abdomen.)

On remarqua dans le cours de la journée une profonde altération des traits, bien que cependant le malade ne parût pas beaucoup souffrir. Le 12, à l'heure de la visite, sa figure était pâle, encore plus décomposée que la veille; il se plaignait d'une faiblesse extrême, n'accusait pas de grandes douleurs, et néanmoins la région hypogastrique était extrême-

ment sensible à la pression, et un peu météorisée; il semblait d'ailleurs très-attentif à tout ce qui se passait autour de lui.

Cet état ne changea pas d'une manière sensible dans la matinée, et le malade mourut vers sept heures du soir, sans délire, sans râle, et sans qu'on eût remarqué le moment précis où il rendait le dernier soupir.

Ouverture du cadavre trente-sept heures après la mort.

État extérieur. Peau plus dense et plus épaisse au niveau du vésicatoire, que dans les parties environnantes.

Tête. Gouttelettes de sang très-nombreuses à la surface de la dure-mère; granulations multipliées sur l'arachnoïde cérébrale, près de la faux; pie-mère très-injectée; substance corticale du cerveau, rosée et ponctuée de sang; substance médullaire aussi très-injectée; une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; deux cuillerées du même liquide dans les fosses occipitales inférieure. Les substances corticale et médullaire du cervelet dans le même état que celles du cerveau.

Cou. La luette et les amygdales n'offraient rien de remarquable. Il y avait du côté droit du pharynx, six ulcérations ovalaires, de trois à six lignes dans leur plus grand diamètre, dont une, plus profonde, reposait sur le tissu musculaire, tandis que les autres avaient pour fond la tunique sous-muqueuse. Le bord correspondant de l'épiglotte était détruit dans la largeur d'une ligne environ; la membrane mu-

queuse de la trachée-artère d'un rouge vif, inférieurement surtout.

Poitrine. Cœur un peu moins ferme que dans l'état naturel, d'ailleurs parfaitement sain; concrétion succiniforme dans chacun de ses ventricules. L'aorte était remplie d'un sang noirâtre et violacé, mais d'une blancheur parfaite. Les poumons étaient libres, légers et un peu rouges antérieurement, bleuâtres, lourds, et flasques en arrière où ils ne contenaient presque pas d'air, et rendaient par la pression une petite quantité de fluide noirâtre, assez ténu, non aéré. Ils offraient à-peu-près la même résistance à la traction dans toute leur étendue. Les bronches contenaient un peu de mucus, étaient d'un rouge livide, intense.

Abdomen. Il y avait une petite quantité de fluide jaunâtre et roussâtre, trouble, très-fétide, dans le petit bassin et dans les fosses iliaques. L'intestin grêle était un peu météorisé, ses circonvolutions réunies entre elles par des fausses membranes très-minces, et tout ce qu'on en voyait était rouge. Cette rougeur, qui devenait très-vive après l'enlèvement des fausses membranes, appartenait au péritoine, qu'on pouvait détacher, sans le rompre, du tissu sous-jacent. Une légère pression exercée sur l'intestin grêle donna issue à quelques bulles de gaz, qui, en traversant le liquide épanché, montrèrent le lieu de la perforation : celle-ci se trouvait sur l'iléon, à dix pouces du cœcum, et au centre d'une des plaques que nous décrirons tout-à-l'heure. L'estomac était doublé de volume; sa membrane muqueuse tapissée par un mucus très-visqueux, d'un gris mêlé de

rouge, mamelonnée dans toute son étendue, à part la petite courbure et les environs du pylore, très-épaissie le long de la grande courbure, très-ramollie dans cette dernière partie et dans le grand cul-de-sac, où il était impossible d'en avoir des lambeaux par traction. L'intestin grêle contenait une assez grande quantité de mucus et de bile; sa membrane muqueuse était saine dans la plus grande partie de son étendue, et offrait, dans sa seconde moitié, un assez grand nombre de plaques grisâtres, tiquetées de gris-bleu, telles qu'on les trouve dans l'état sain : deux d'entre elles étaient ulcérées, et le tissu cellulaire sous-muqueux correspondant un peu épaissi et d'un rose tendre. Dans les trois derniers pieds, on voyait trente autres plaques ovalaires ou arrondies, d'une couleur jaune, de deux à trois lignes d'épaisseur et de trente de longueur; la membrane muqueuse était détruite à leur niveau, et elles étaient formées toutes par une matière homogène, de la même consistance que les glandes lymphatiques un peu enflammées, plus ou moins friable, jaunâtre ou d'un rose extrêmement tendre, semblable à celle que nous avons décrite chez le sujet de la quatrième observation, développée comme elle dans le tissu sous-muqueux. Cette matière envahissait, dans quelques points, la tunique musculaire, d'avec laquelle on la séparait toujours très-difficilement, était intacte dans la moitié des plaques, plus ou moins largement détruite dans les autres; et sa destruction était complète, au centre de celle où se trouvait la perforation. Cette dernière avait une ligne et demie de diamètre et des bords très-minces, formés par le péritoine et la tunique

musculaire mise à nu dans la largeur d'une ligne, et sans altération sensible. Cette tunique musculaire était plus ou moins épaissie au niveau des autres plaques. Il en était de même du tissu cellulaire à leur pourtour. dans la largeur d'un demi-pouce à un pouce. Dans l'intervalle des plaques, la membrane muqueuse était plus ou moins rouge, un peu épaissie, et très-ramollie. Les glandes mésentériques correspondantes au dernier tiers de l'intestin grêle, étaient volumineuses, plus ou moins roses et friables, et au centre de quelques-unes d'entre elles se trouvait un peu de pus. La membrane muqueuse du gros intestin était rose dans quelques points, et généralement un peu ramollie et épaissie. — Le foie était plus volumineux, plus rouge, plus gorgé de sang, plus friable que dans l'état naturel; la bile de la vésicule rousse, claire et assez abondante. La rate était haute de neuf pouces, large de cinq, épaisse de trois, bleuâtre à l'extérieur, rouge-noire à l'intérieur, et un peu ramollie. Les autres viscères de l'abdomen sains.

Dans cette observation comme dans les précédentes, les symptômes antérieurs au moment présumé de la perforation n'offraient rien de remarquable, l'on pouvait croire que l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin, qu'ils annonçaient, aurait une heureuse terminaison. Mais tandis que, dans les cas antérieurs à celui-ci, la perforation s'est manifestée par une douleur violente et subite dans une partie du ventre, bientôt suivie de la décomposition des traits, etc., ici le premier de ces symptômes a

manqué, on a seulement observé une altération plus ou moins profonde de la physionomie, un léger météorisme, une douleur assez vive à l'épigastre par la pression seulement, et dont le malade ne se plaignait pas. Son attention semblait absorbée par le sentiment d'une faiblesse extrêmement considérable ; il ne nous parlait de rien autre chose. Le météorisme, la douleur hypogastrique et l'altération des traits indiquaient bien l'existence d'une péritonite, mais ces symptômes ne nous paraissaient pas assez violens pour expliquer la faiblesse du malade, et nous n'eûmes que de bien légers soupçons sur la cause à laquelle il fallait l'attribuer. Toutefois nous remarquerons que si la péritonite n'est pas très-rare à la fin des maladies chroniques, il n'en est pas de même dans le cours des affections aiguës; de manière que si elle venait à se déclarer dans celui d'une inflammation plus ou moins aiguë de la muqueuse gastro-intestinale, et que d'ailleurs elle fût accompagnée d'accidens graves, on devrait, malgré l'absence du symptôme caractéristique (la douleur subite), soupçonner bien vivement une perforation.

L'observation suivante sera encore une nouvelle preuve de la difficulté du diagnostic de la lésion qui nous occupe, mais, à la vérité, dans des circonstances un peu différentes de celles qui précèdent.

IXe Observation.

Un tailleur de pierres, âgé de vingt-trois ans, d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte, ayant

la poitrine large, les membres bien développés, une sensibilité assez vive, habitant Paris depuis six mois, avait eu à trois reprises différentes, depuis cette époque, un léger dévoiement, et à chacune d'elles un peu de fièvre, sans néanmoins être obligé d'interrompre ses occupations. Cette diarrhée avait reparu dans les deux dernières semaines d'octobre, accompagnée, à son début, de toux, de céphalalgie, de perte d'appétit et de soif, et au cinquième jour de la récidive le malade ayant été mouillé, avait eu presque aussitôt des frissons, après quoi les selles étaient devenues très-nombreuses, la soif avait été très-vive, la chaleur toujours modérée. Les frissons s'étaient renouvelés par les moindres causes, il n'y avait eu de mal de tête que dans les quatre premiers jours, et la soif était devenue bien moins considérable dans les trois derniers, le sujet ayant renoncé au vin, qu'il avait pris jusque-là, pur ou mêlé d'eau : d'ailleurs il était sobre et n'avait fait aucun excès. Il fut admis à l'hôpital de la Charité le 31 octobre 1822.

Le 1er novembre, figure médiocrement animée, réponses faciles et nettes; langue aride et blanchâtre au centre, rose sur les bords, soif vive, anorexie, selles nombreuses et sans coliques, urine facile, ventre indolent; toux modérée, respiration claire dans toute l'étendue de la poitrine; chaleur médiocrement élevée, peau un peu injectée, pouls large, irrégulier, sans dureté, battant quatre-vingts fois par minute; faiblesse assez considérable, attitude naturelle. (Saignée de douze onces, tisane d'orge édulcorée et acidulée, lavement de lin *bis.*)

Le sang tiré du bras se couvrit d'une couenne épaisse

de deux lignes, assez consistante. Il n'y eut pas de changement appréciable dans la journée, mais pendant la nuit les selles furent un peu moins nombreuses que de coutume.

Le 2, les tégumens étaient très-injectés, le pouls battait seulement quatre-vingt-quatre fois par minute, était un peu plus plein et plus dur que la veille, la chaleur était aussi un peu plus considérable. Il y avait eu un peu de sueur, on voyait beaucoup de sudamina, le ventre était légèrement météorisé; les autres symptômes n'avaient pas changé d'une manière sensible. (Tis. d'orge acid.; lav. de lin.)

La journée fut assez bonne; il y eut une légère épistaxis pendant la nuit, et le lendemain, à l'heure de la visite, l'état de l'intelligence et des organes des sens était très-satisfaisant; il n'y avait de douleur nulle part, la figure était un peu violacée, la langue verdâtre, le ventre toujours indolent, un peu météorisé; la chaleur élevée, le pouls variable, plus accéléré que la veille; le bruit respiratoire mêlé d'un râle sec et sonore, la respiration fréquente. Les selles avaient été moins nombreuses que les jours précédens, il n'y avait pas eu de sueurs; le malade avait expectoré deux crachats noirâtres et sanglans. (Même prescription.)

Il eut un peu de délire pendant la nuit, et le 4, à six heures du matin, nous le trouvâmes très-affaissé; l'exercice de l'intelligence était pénible, la vue faible, la langue comme il a été dit la veille, le météorisme augmenté, le ventre insensible à la pression, la chaleur forte, et cependant le malade *se couvrait avec soin*. (Vésicat. aux jambes.)

Le délire fut considérable le jour et la nuit et accom-

pagné de frissons presque continuels; il persistait le lendemain à l'heure de la visite, et l'on pouvait à peine alors fixer pendant une seconde l'attention du malade, qui parlait sans suite, et faisait, comme pendant la nuit, des efforts continuels pour sortir du lit : son visage, ses mains et le haut de sa poitrine étaient violacés; il avait l'extérieur d'un homme qui, ayant pris un bain froid, ne pourrait se réchauffer; son ventre était très-météorisé, indolent, si ce n'est par une *pression* forte qui faisait un peu grimacer les traits.

Les mêmes symptômes continuèrent jusqu'à la mort qui arriva le même jour, à sept heures du soir, sans que le malade eût eu de vomissemens. La respiration avait commencé à s'embarrasser à une heure.

Ouverture du cadavre quatorze heures après la mort.

État extérieur. Embonpoint médiocre, système musculaire bien développé, roideur extrême, point de vergetures.

Tête. Cerveau très-ferme, légèrement injecté, deux petites cuillerées de sérosité dans chacun de ses ventricules latéraux.

Poitrine. Cœur parfaitement sain; poumons violacés en arrière, d'ailleurs dans l'état naturel; bronches d'un rouge vif.

Abdomen. La face interne de la paroi antérieure de l'abdomen était d'un rouge plus ou moins vif, dû à l'injection du péritoine; les intestins offraient la même coloration dans plusieurs points, et partout où elle existait, on enlevait le péritoine avec assez de facilité. Les circonvolutions de l'intestin grêle étaient disten-

duces par des gaz et unies entre elles de la même manière que dans les observations précédentes; il y avait aussi dans le bassin et dans les flancs un liquide parfaitement semblable à celui que nous avons trouvé jusqu'ici. Sur l'iléon, à six pouces du cœcum, on voyait un trou de la largeur d'une grosse tête d'épingle, placé au centre d'une ulcération circulaire, de six lignes de diamètre; près d'elle s'en trouvaient trois autres, mais imperforées, ayant pour fond la tunique musculaire, et des bords plus ou moins épais. Elles étaient placées au milieu de plaques fort saillantes, qui existaient en assez grand nombre dans les deux derniers pieds de l'iléon, parfaitement semblables à celles de la seconde espèce que nous avons décrites dans les quatrième et huitième observations, formées comme elles par le développement d'une matière déposée dans les aréoles du tissu sous-muqueux, et toutes plus ou moins largement ulcérées. Dans le point correspondant, la tunique musculaire était épaissie, jaunâtre, friable, plus ou moins profondément altérée. En remontant de ces plaques jusqu'à un pied du duodénum, on en trouvait d'autres de huit à douze lignes dans leur plus grand diamètre, placées à quatre ou cinq pouces de distance les unes des autres, et tiquetées de gris: c'étaient celles qui existent dans l'état naturel, un peu épaissies seulement. Dans leur intervalle, la membrane muqueuse était généralement grisâtre et un peu moins consistante que chez les sujets sains. Les glandes mésentériques avaient un volume considérable, quelques-unes un pouce de diamètre et une consistance assez forte, la plupart une couleur rose tendre; aucune n'était d'un rouge brun dans toute son

étendue. Les membranes muqueuses de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum et du gros intestin étaient dans l'état naturel, sauf quelques taches rouges qui se trouvaient dans le grand cul-de-sac du ventricule. — Le foie était un peu mou et violacé ; la bile de la vésicule épaisse et d'un vert foncé. La rate était volumineuse, avait huit à neuf pouces de hauteur, la consistance et la couleur qui lui sont propres. Les autres viscères de l'abdomen n'offraient rien de remarquable.

Les symptômes les plus formidables sont ordinairement si bien masqués par le délire, qu'aussitôt qu'il se déclare, le diagnostic des maladies les plus faciles à reconnaître est difficile, quelquefois même impossible ; aussi le sujet de cette observation a-t-il succombé, sans qu'on ait reconnu la nature de l'accident qui causait sa mort. Néanmoins, et dans cette circonstance même, il n'était peut-être pas impossible de soupçonner la perforation. C'est en effet au milieu d'une maladie aiguë, d'une diarrhée assez intense, que le malade fut pris d'un frisson qui dura jusqu'à la mort, et un frisson qui survient dans le cours d'une maladie aiguë est ordinairement le signal d'une affection nouvelle : le léger météorisme du ventre observé avant le délire, avait beaucoup augmenté après son début, et la figure grimaçait à la visite du 5 quand on exerçait une forte pression sur l'abdomen. Ne pouvait-on pas, à l'aide de ces symptômes, soupçonner une péritonite, et une péritonite causée par une perforation de l'intestin, puisque, comme nous l'avons dit plus haut, la péritonite qui survient sans perfora-

tion, paraît être extrêmement rare dans le cours des maladies aiguës? Ce soupçon était naturel, et nous croyons pouvoir dire d'une manière générale que si, au milieu d'une fièvre continue *avec diarrhée*, un malade était pris de délire et de frissons avec une *légère sensibilité du ventre* (reconnaissable aux grimaces excitées par la pression abdominale), *qui jusques-là n'avait pas été douloureux*, on serait autorisé à *soupçonner* une perforation de l'intestin grêle. Il est clair que dans ce cas, il faut, pour soupçonner l'accident qui nous occupe, qu'il y ait eu antérieurement au moins un peu de diarrhée, sans douleur de ventre par la pression, puisque sans diarrhée antérieure on n'aurait aucun motif de penser à une perforation, et que dans le cas où il y aurait eu de la sensibilité au ventre avant cette lésion, la légère douleur indiquée par les grimaces à la suite de la pression abdominale n'aurait aucune valeur.

Les sujets chez lesquels la perforation s'est annoncée d'une manière non équivoque, ont néanmoins offert, dans le développement des symptômes qui lui appartiennent, des différences remarquables. Chez les uns, ces symptômes ont persisté avec plus ou moins de violence jusqu'à la mort (Obs. I, II, VII); chez d'autres, ils ont cessé en partie, plus ou moins longtemps avant le terme fatal, et la mort est arrivée sans agonie, quand on ne s'y attendait pas encore, d'une manière subite (Obs. III, V, VI). Enfin plusieurs malades ont annoncé qu'ils allaient mourir, quelques minutes seulement avant de s'éteindre. (Obs. III, V.)

Le temps écoulé entre les premiers symptômes de la perforation et la mort, a varié de vingt à cinquante-

quatre heures, et c'est le sujet le moins robuste qui a lutté le moins de temps : mais ces limites peuvent être dépassées de beaucoup, et l'observation suivante en est la preuve.

Xe Observation.

Un tailleur, âgé de vingt-cinq ans, assez sujet au rhume, un peu étroit et maigre, ayant la respiration courte depuis l'âge de dix ans, fut admis à l'hôpital de la Charité le 31 mai 1825. Il était à Paris depuis neuf mois, accusait vingt jours de maladie, huit jours de repos, et n'avait pas gardé le lit. Au début, dégoût, anorexie, soif, toux, frissons suivis de chaleur. Ces symptômes avaient persisté, les frissons étaient revenus toutes les fois que le malade n'avait pas été au soleil ou près du feu, et il s'était borné pour toute nourriture, au café et au chocolat, qui lui répugnaient. Ayant pris tous les jours, dans la première semaine, une certaine dose de teinture de rhubarbe, il avait eu aussi tous les jours, pendant cet espace de temps, une selle liquide, puis les évacuations alvines étaient devenues rares et s'étaient entièrement supprimées dans la dernière semaine. Il y avait eu un peu de malaise et de pesanteur à l'épigastre.

Le 1er. juin, figure naturelle, attitude convenable, intelligence développée, bouche pâteuse et amère, langue naturelle au pourtour, villeuse au centre, soif vive, anorexie, oppression légère à l'épigastre, constipation, chaleur un peu élevée, moiteur universelle,

pouls large et médiocrement plein, légèrement irrégulier; toux peu fréquente, crachats muqueux en petite quantité, murmure respiratoire naturel, sans mélange de râle; faiblesse moyenne, point de céphalalgie. (Limon., catapl. sur l'abd., lavem. émoll., diète.)

Il n'y eut rien de remarquable les jours suivans. Le 4, le teint était un peu jaunâtre, l'expression de la figure moins animée qu'à l'ordinaire; il y avait un peu de céphalalgie, quelques taches roses lenticulaires sur le ventre et sur la poitrine, de légères douleurs à l'hypogastre, et la veille, comme les jours précédens, le malade n'avait eu de selles que par lavement: son pouls était assez large, battait quatre-vingt-six fois par minute.

Son état fut à-peu-près le même les jours suivans; mais la perte d'appétit étant moins complète, on lui permit deux demi-crêmes de riz le 9. Le 17, il eut, pour la première fois, plusieurs selles spontanées, liquides, et déjà, depuis quelques jours, sa figure était plus pâle, sa faiblesse plus considérable; d'ailleurs, le caractère du pouls, la douleur hypogastrique, etc., etc., n'avaient pas changé d'une manière sensible.

Néanmoins, dans la matinée du 8, le malade éprouva *tout-à-coup*, dans le testicule droit, et dans la partie correspondante de l'hypogastre, une violente douleur. Celle-ci abandonna presque aussitôt son premier siége, resta fixée à l'hypogastre, qu'elle envahit tout entier en quelques minutes, et diminua assez rapidement, de manière que dans la journée la sœur de service ne s'aperçut pas que le malade souffrît plus

qu'à l'ordinaire. Il avait eu un peu de frisson et de tremblement, au moment de la manifestation de la douleur.

Le lendemain 19, elle était considérable, et cette exaspération datait du milieu de la nuit; la figure était effilée, couverte de grosses gouttes de sueur; il n'y avait ni nausées, ni vomissemens, et l'abdomen n'était pas météorisé; le pouls battait cent trois fois par minute. (Viol., lav. de lin opiacé *bis*, catapl. arrosé de laudan.)

Les sueurs continuèrent tout le jour; les douleurs furent plus ou moins fortes, et il y eut dans la matinée six selles liquides et plusieurs vomissemens de matière verte. Le 20, les douleurs étaient très-vives; le malade s'opposait à ce qu'on approchât la main du ventre; sa figure n'exprimait pas l'anxiété, mais il avait dans les traits une sorte de fixité qui leur est étrangère; chaleur modérée, toux nulle. (Tis. de riz avec le sir. de gom. et le jus de cit., cinquante sangsues à l'hypogastre, fomentations émoll.)

La perte de sang fut assez considérable, les douleurs diminuèrent bien peu, mais il n'y eut ni nausées, ni vomissemens dans la journée. Le lendemain le ventre était médiocrement tendu, toujours très-douloureux, la langue pâle, presque parfaitement nette, le pouls à quatre-vingt-douze pulsations par minute. (Trente sangsues à l'hypogastre.)

Le 22, figure presque naturelle, douleurs beaucoup moins vives que la veille. Elles furent encore moins considérables le lendemain et le surlendemain, en sorte que l'état du malade semblait stationnaire, ou même tendre à s'améliorer. Mais elles augmentè-

rent un peu dans la journée du 24, furent extrêmement violentes à six heures du soir, et continuèrent plus ou moins vives jusqu'au lendemain, sans avoir été accompagnées de nausées ni de vomissemens.

Le 25, la figure était pâle et couverte de sueur, l'intelligence parfaite; le malade poussait de temps à autres des gémissemens, le ventre était bien conformé, très-douloureux; le pouls, extrêmement petit et faible, battait deux cents fois par minute. Il y eut des vomissemens de bile à dix heures un quart, et une heure après midi le malade expira.

Ouverture du cadavre quarante-trois heures après la mort.

État extérieur. Maigreur assez considérable, ventre bleuâtre; il l'était déjà un peu la veille.

Tête. Infiltration légère au-dessous de l'arachnoïde; épaississement partiel de cette membrane dans deux points, à un pouce de la faux; substance médullaire du cerveau médiocrement consistante, légèrement injectée d'un sang pâle; une demi-cuillerée de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux. Le reste sain.

Cou. Le larynx, l'épiglotte et la trachée-artère blancs et dans l'état naturel.

Poitrine. Le cœur était pâle et très-mou, ses parois minces; celles du ventricule gauche avaient trois lignes d'épaisseur, celles du droit une ligne et un quart seulement. L'aorte était parfaitement saine. Le sommet du poumon gauche présentait quelques adhérences celluleuses, était un peu dur et inégal,

offrait, dans la hauteur de deux pouces, un assez grand nombre de granulations grises, demi-transparentes, au milieu desquelles se trouvait une excavation tuberculeuse du volume d'une noix, en partie vide, et communiquant avec les bronches : celles-ci étaient un peu rouges dans ce point seulement, et dans la hauteur d'un pouce environ. Au-dessous le tissu pulmonaire était dans l'état normal. Il en était de même pour le poumon droit, dont les bronches étaient parfaitement saines dans toute leur étendue.

Abdomen. Un peu moins d'une pinte de liquide trouble, grisâtre et verdâtre, très-fétide, dans les flancs et dans le petit bassin, la portion qui occupait la partie la plus déclive de ce dernier ayant la consistance du pus. La face concave du diaphragme et une partie de celle du foie étaient grisâtres et couvertes de fausses membranes, minces et peu consistantes; l'épiploon était rougeâtre et épais de deux lignes à sa circonférence, adhérait, du côté gauche, à une petite portion du détroit supérieur, et recouvrait l'intestin grêle dont les circonvolutions, légèrement météorisées, occupaient en grande partie le petit bassin, et adhéraient entre elles par des concrétions membraniformes. Avant de détruire ces adhérences, nous pressâmes doucement l'intestin, et nous vîmes s'échapper, du fluide épanché, de grosses bulles d'air, qui nous firent voir le lieu de la perforation à cinq pouces du cœcum. L'œsophage était sain, l'estomac un peu distendu par des gaz. Sa surface extérieure n'offrait que quelques parcelles de fausses membranes, et à l'intérieur on trouvait une petite quantité de

matière jaune, verdâtre, pultacée, sans odeur fétide. Sa membrane muqueuse avait une couleur analogue, si ce n'est le long de la grande courbure, où elle était grisâtre, d'une épaisseur et d'une consistance naturelles : près du pylore, nous la trouvâmes un peu ramollie dans une petite étendue. L'intestin grêle offrait extérieurement plusieurs plaques d'un rouge plus ou moins foncé dues à l'injection du péritoine, et contenait une médiocre quantité de matière pultacée, semblable à celle qui existait dans l'estomac. Sa membrane muqueuse avait perdu la moitié de sa consistance dans sa première moitié, était molle comme du mucus dans la seconde, et un peu épaissie dans toute sa longueur. Sur l'iléon, à deux pieds du cœcum, se trouvait une ulcération transversale, d'un quart de pouce de surface seulement, à l'opposite du mésentère, ayant pour fond la tunique musculaire amincie : ses bords étaient peu saillans, avaient deux lignes de largeur environ, et n'étaient pas tiquetés de gris, comme cela a lieu ordinairement ; mais sa position indiquait assez qu'elle occupait une des plaques qui se trouvent naturellement dans l'intestin grêle, et dont nous ne pûmes trouver que trois dans toute sa longueur, tant elles étaient peu apparentes. Il y avait dans les cinq derniers pouces de l'iléon, six ulcérations semblables à celle qui vient d'être décrite, et au centre de la première d'entre elles se trouvait la perforation, dont les bords étaient minces et formés seulement par une lame de péritoine dans une partie de sa circonférence. Les glandes mésentériques étaient un peu rouges, triplées ou quadruplées de volume et avaient

moitié moins de consistance qus dans l'état ordinaire. La membrane muqueuse du gros intestin était très-ramollie dans sa première moitié, beaucoup moins dans la seconde, et légèrement épaissie dans toute son étendue : sa tunique sous-muqueuse et celle de l'intestin grêle l'étaient aussi. Le foie était un peu pâle et mou ; la bile de la vésicule abondante, claire et d'un rouge foncé ; la rate doublée de volume ; son tissu un peu pâle et légèrement ramolli. Les autres viscères de l'abdomen dans l'état normal.

Tandis que les malades qui sont l'objet des neuf premières observations n'ont survécu qu'un jour ou deux à la perforation, celui qui nous occupe n'a succombé que sept jours après l'apparition des symptômes qui l'annonçaient, bien qu'ils aient été violens à leur début, et qu'ils ne se soient calmés qu'au commencement du quatrième jour. Pendant les trois qui suivirent, la douleur de ventre fut très-peu considérable, la figure naturelle, et l'on conçoit que si les signes de la perforation n'eussent pas été aussi manifestes, nous aurions pu avoir des soupçons légitimes sur la justesse de notre diagnostic, et croire que nous n'observions qu'une péritonite ordinaire. En confirmant lès symptômes diagnostiques que nous avons établis, cette observation est donc aussi d'un grand intérêt sous le rapport du pronostic, puisqu'elle montre que quand les signes de la perforation ont eu lieu, il ne faut pas se départir de son premier jugement, et s'abandonner à l'espérance, même après un état stationnaire et une amélioration apparente de quel-

ques jours. Cette réserve est d'autant plus nécessaire, que la lésion qui amène la perforation ne suspend pas si vite ses progrès, et qu'une première perforation peut être suivie d'une seconde et même d'une troisième (obs. VI, VII). Cette prolongation de la vie après un accident si grave et qui a débuté avec violence, est d'ailleurs dans l'ordre des variations qu'on observe si souvent dans la marche des maladies, et rapproche encore les perforations de l'intestin grêle de celles du poumon, qui n'amènent quelquefois la mort qu'au dix-huitième jour de leur début. (1)

Le traitement des malades avant la perforation n'a pas été, à beaucoup près, le même pour tous. L'un d'eux (obs. V,) ayant eu des frissons réguliers, prit pendant quelques jours du sulfate de quinine ; un second (obs. X), de la rhubarbe pendant une semaine, pour remédier à sa constipation : les saignées générales et locales ont été employées plus ou moins largement, les sangsues ont été appliquées plus ou moins près de l'endroit douloureux, chez les autres, sans qu'on puisse attribuer à ces différentes méthodes, la moindre influence sur la marche de la maladie, et sur la rapidité plus ou moins grande avec laquelle la perforation a eu lieu. La méthode antiphlogistique, on en conviendra, n'a pas été employée avec trop de réserve chez le second malade, et c'est un de ceux dont l'affection a eu le cours le plus rapide.

La gravité du pronostic de la perforation indique assez que le traitement qu'on lui oppose ne doit avoir pour but que de diminuer les douleurs et les divers

---

(1) Voyez nos *Recherches sur la Phthisie*, XLI[e] Obs., pag. 460.

symptômes qui les accompagnent, ce qu'on peut essayer au moyen des saignées locales, des émolliens, des anodins légers, etc., etc. On conçoit aussi combien il importe aux malades d'éviter les moindres mouvemens et de ne point faire d'efforts de vomissemens, puisque chacun de ces efforts et de ces mouvemens doit déterminer la sortie d'une plus ou moins grande quantité de matière à travers la perforation, et augmenter ainsi la violence des accidens. Il faut encore, par la même raison, modérer le nombre des selles et la toux, si elle existe.

Terminons par quelques remarques sur l'*état de l'intestin.*

La perforation avait lieu, dans tous les cas, sur l'iléon, dans ses douze derniers pouces. Ordinairement unique, elle était double ou triple chez deux sujets (obs. VI, VII), et toujours au centre d'une ulcération plus ou moins large. Chez tous ceux dont les membranes muqueuses ont été examinées avec soin, on observait, en allant du duodénum au cœcum, des plaques ovalaires plus ou moins saillantes, puis des ulcérations plus ou moins larges et profondes, perforées ou imperforées, placées, comme les plaques, à l'opposite du mésentère. Celles-ci étaient généralement grisâtres, tiquetées de bleu, formées par la tunique muqueuse plus épaisse que partout ailleurs, ou pour mieux dire, par la réunion d'un grand nombre de cryptes, ne différaient pas de celles qu'on rencontre toujours en plus ou moins grande quantité, dans l'état naturel, avaient un peu moins d'une demi-ligne d'épaisseur. A ces plaques s'en joignaient encore d'autres, chez trois sujets (obs. IV, VIII, IX); à leur niveau, la

membrane muqueuse n'avait pas d'autres caractères que ceux qui viennent d'être indiqués ; mais le tissu cellulaire sous-muqueux était profondément altéré, avait d'une à deux lignes d'épaisseur, par suite du développement d'une matière blanchâtre-rosée, plus ou moins ferme, dans ses aréoles : cette lésion s'étendait même dans quelques points aux fibres musculaires, qui semblaient transformées dans une certaine étendue en cette matière.

Ces deux espèces de plaques offraient chez plusieurs sujets (obs. IV, V, VIII, IX), tous les degrés de l'ulcération, et ce degré était d'autant plus avancé, qu'on s'approchait davantage du cœcum. Sur celles qui s'en éloignaient le plus, la membrane muqueuse était plus ou moins largement détruite, et le tissu sous-muqueux peu ou point altéré ; il était ramolli et offrait un commencement de destruction là où il avait subi la transformation indiquée. Sur celles qui se rapprochaient du gros intestin, les membranes muqueuse et cellulaire avaient entièrement disparu dans la même largeur, et la tunique charnue était mise à découvert, ordinairement rougeâtre, et dans quelques cas un peu plus épaisse que de coutume. Le bord de ces ulcérations était plus ou moins large et anguleux, peu épais, ou très-saillant, suivant l'espèce de plaques que ces ulcérations remplaçaient : enfin, au centre de celles où se trouvaient les perforations, les tuniques musculaire et péritonéale étaient détruites dans une étendue qui variait d'une à deux lignes, et ordinairement cette dernière tunique manquait dans une largeur un peu moins considérable que la musculaire.

A une exception près (obs. VI), le bord des ulcé-

rations était coupé net, non en dédolant, comme si elles eussent été faites par un emporte-pièce ; aucune n'avait l'aspect ni l'odeur des inflammations gangréneuses, en sorte que la destruction des tissus semblait avoir été, en grande partie, l'effet de l'absorption.

Ainsi, les plaques qui existent dans l'état naturel sur toute la longueur de l'intestin grêle, étaient le siége des ulcérations, à quelque degré qu'elles fussent (1). Celles qui n'étaient point ulcérées offraient quelquefois, dans une partie de leur surface (obs. IV), une couleur plus ou moins rouge, accompagnée d'épaississement et de ramollissement ; cet état de la membrane muqueuse était le même au pourtour des ulcérations, en sorte que bien évidemment l'inflammation était la première cause de la lésion qui nous occupe. Toutefois il convient de remarquer que dans plusieurs cas la membrane muqueuse n'était pas primitivement affectée, qu'elle ne l'était que consécutivement au tissu sous-muqueux. Cela était évident chez les sujets des quatrième et neuvième observations, où

---

(1) Nous insistâmes beaucoup sur ce point quand nous publiâmes notre Mémoire en janvier 1823. Alors nous n'étudiions très-attentivement l'intestin grêle que depuis quelques mois, nous ignorions ce que certains auteurs avaient dit au sujet des glandes agminées de cet organe, nous croyions que les plaques dont il s'agit étaient une disposition morbide. Mais ayant examiné depuis cette époque, avec l'attention la plus scrupuleuse, le canal intestinal de tous les sujets que nous avons ouverts, nous n'avons pas tardé à reconnaître que ces plaques existaient dans l'état naturel, et c'est le résultat de nos recherches à cet égard, et non l'extrait d'autres ouvrages (comme quelques personnes ont paru le croire) que nous avons publié dans notre ouvrage sur la Phthisie, pag. 76 et suiv.

le tissu cellulaire sous-muqueux qui correspondait aux plaques présentait une lésion organique grave, dans des points où la membrane muqueuse n'était pas sensiblement altérée.

Les ganglions mésentériques avaient chez tous les sujets un volume supérieur à celui qui leur est naturel, et généralement une couleur d'un rouge plus ou moins obscur et foncé. Ils étaient plus ou moins ramollis, et dans un cas il y avait au centre de quelques-uns d'entre eux un petit foyer de pus. (Obs. VIII.)

Le plus ordinairement, la membrane muqueuse du gros intestin était saine. Elle n'offrait aucune altération appréciable chez quelques sujets dont la diarrhée avait été forte et non interrompue.

Quant aux désordres consécutifs à la perforation, nous nous bornerons à remarquer : 1°. que le péritoine, en même temps qu'il était recouvert par une fausse membrane, avait une couleur rouge, plus ou moins foncée, ce qu'on n'observe pas toujours, comme on sait, à la suite de l'inflammation des membranes séreuses ; 2°. que dans cet état on pouvait l'enlever assez facilement sans le rompre ; 3°. que le liquide épanché dans la cavité de l'abdomen contenant une certaine quantité de matière qui provenait de l'intestin grêle, avait par cela même des caractères différens de celui qui est le résultat d'une péritonite ordinaire, et une odeur spécifique qui nous a suffi quelquefois pour reconnaître la perforation de l'intestin, chez des sujets que nous n'avions pas observés pendant la vie.

Les lésions que nous avons décrites, à part celles

qui étaient le résultat de la perforation, et spécialement les ulcérations de l'intestin grêle, le gonflement, la rougeur, le ramollissement plus ou moins marqué des glandes mésentériques, l'état analogue de la rate; ces lésions ne diffèrent pas de celles qu'on voit le plus ordinairement à la suite des fièvres graves: elles rapprochent, par conséquent, les sujets chez lesquels nous les avons trouvées, de ceux qui succombent à ces dernières maladies, et sous ce rapport on sent tout l'intérêt que peuvent offrir les observations qui précèdent; mais nous nous contenterons aujourd'hui de ce simple rapprochement, et nous finirons en remarquant que sept de nos observations ont été recueillies dans le service de M. Chomel, et dans une période de temps qui n'a donné au même service que quarante-cinq sujets morts de fièvre grave sans perforation, à une époque plus ou moins avancée de la maladie; et qu'en faisant la part du hasard, on peut croire néanmoins, comme nous l'avons déjà dit, que l'accident que nous avons tâché de signaler est beaucoup plus fréquent que le silence des auteurs ne semblerait l'annoncer (1).

(1) Envisagées d'une manière générale, c'est-à-dire dans tous les organes où on les observe, les perforations peuvent être regardées comme une des lésions les plus fréquentes. Sur quatre cent cinquante sujets que nous avons ouverts, neuf étaient, comme nous venons de voir, des exemples de perforations aiguës ou chroniques de l'intestin grêle; un autre offrait un cas de rupture d'un kyste dans l'abdomen. Chez un sujet âgé de trente ans, nous avons observé un abcès du foie, dont la marche avait été très-rapide, et qui s'était rompu dans la cavité péritonéale. Huit fois nous avons rencontré la perforation du parenchyme pulmonaire chez des phthisiques; c'est-à-dire que sur quatre cent cinquante sujets, dix-neuf ont succombé à une lésion inévitable-

ment mortelle et qui l'est devenue très-promptement chez presque tous ceux qui en ont été atteints, plusieurs fois en un ou deux jours. Et si nous ajoutons à ce uombre déjà si considérable, deux cas de rupture d'une poche anévrysmale placée sur le trajet de l'aorte abdominale, et qui n'avait donné lieu à aucun symptôme capable de la faire connaître, nous aurons vingt-un cas de perforation, ou environ un sur vingt-un des individus qui ont succombé.

DU CROUP,

CONSIDÉRÉ CHEZ L'ADULTE.

Si le croup est une maladie assez commune dans l'enfance, il est si rare après la puberté et dans l'âge adulte, que beaucoup de praticiens ne l'ont jamais observé, et doutent encore de son existence à cette époque de la vie : aussi les observations de croup chez des sujets qui ont dépassé l'âge de la puberté sont rares, et tellement, que les recueils de médecine en contiennent à peine trois ou quatre exemples bien constatés dans les quinze dernières années. On a dit à la vérité que depuis assez peu de temps on l'avait observé en Amérique, mais nous ignorons si les faits à l'appui de cette assertion ont été publiés, et dans tous les cas nous ne croyons pas avoir à craindre le reproche de surcharger la science de détails inutiles, en offrant ici quelques cas de croup chez l'adulte.

Des huit observations que nous rapportons, six ont été recueillies à l'hôpital de la Charité ; savoir, cinq par nous dans le service de M. Chomel, et une par M. Peidagnel, dans le service de M. Fouquier ; les deux autres l'ont été à l'hôpital Necker et à la Salpêtrière, par MM. Collin et Foville. La plupart se présentent, non comme des faits simples, mais comme

des accidens survenus au milieu d'affections plus ou moins graves, pour lesquelles les malades étaient venus chercher des secours à l'hôpital. Cette circonstance, loin de diminuer la valeur de nos observations, leur donne peut-être, comme on le verra, plus d'intérêt, en ce qu'elle montre l'uniformité de l'affection, soit qu'elle soit simple ou compliquée; et parce que les malades dont il s'agit ayant été atteints de croup après leur admission à l'hôpital, nous avons pu l'observer dans tout son cours, et en avoir l'histoire complète, ce qui n'était pas possible pour ceux qui en avaient été atteints avant cette époque. D'ailleurs nous avons passé légèrement sur tout ce qui n'a pas un rapport direct avec le croup, nous bornant, dans l'exposition des symptômes de la maladie primitive, à ceux qui nous ont paru indispensables pour la faire connaître.

Ire Observation.

Croup survenu dans le cours d'un typhus.

Un domestique, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, fort, large, bien développé, non sujet aux maux de gorge, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 2 août 1823. Il était malade depuis trois jours pleins; sa maladie avait débuté, sans cause connue, par un léger mal de gorge, bientôt accompagné de fatigues dans les membres, d'anorexie, de douleurs à l'épigastre, et de dévoiement; puis il s'y était joint des frissons suivis de cha-

leur et de sueur, du découragement et une diminution considérable des forces.

Nous vîmes ce malade le jour même de son admission; il avait la figure médiocrement colorée, la tête lourde, un peu d'abattement, des douleurs dans les membres et dans les reins, la langue grisâtre, la bouche pâteuse, la soif vive, la déglutition facile, la gorge indolente depuis quelques heures seulement, et aussi sans rougeur. L'appétit était nul, le ventre souple et mou; il y avait eu, la veille, deux selles liquides : la chaleur était douce, et le pouls battait soixante-seize fois par minute, sans offrir de caractère particulier : toux rare.

Le lendemain, au moment de la visite, les symptômes étaient encore les mêmes, à part un peu plus de chaleur et d'accélération dans le pouls. On prescrivit dix-huit sangsues à l'anus, trois pintes d'eau de riz gommée, et la diète.

Du 15 au 17, la diarrhée continuant, on réitéra deux fois l'application des sangsues, et le dernier jour il n'y eut pas de selles. Dans la nuit du 17 au 18 épistaxis considérable, douleurs de gorge. Le 18 au matin, ces douleurs subsistaient, le voile du palais était rouge, sans enflure, la déglutition gênée; il y avait un sentiment de chaleur et de picotement dans la partie enflammée, le pouls était assez large, plus fréquent que la veille, à quatre-vingt-huit; la chaleur médiocre, la faiblesse moins considérable que les jours précédens; le malade n'éprouvait ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres, ses facultés intellectuelles étaient dans un état convenable. (Eau de riz, julep.)

Le 19, la douleur de gorge continuait, on voyait sur les amygdales et sur les côtés de la luette, qui était rouge et infiltrée, une fausse membrane luisante, incomplètement opaque, qui tapissait aussi le pharynx; la voix était légèrement altérée, il y avait une sorte d'embarras dans le larynx et dans la trachée-artère au moment de la déglutition, la soif était vive et le malade craignait de la satisfaire à cause de la douleur de gorge qu'elle exaspérait; il avait eu quatre selles et une sueur assez copieuse pendant la nuit; son pouls était un peu petit, battait quatre-vingts fois par minute; sa physionomie exprimait le malaise et l'abattement, on voyait quelques taches typhoïdes sur le ventre. (Vingt sangsues aux mâchoires.)

Le 20, l'abattement était moins considérable, la physionomie beaucoup plus naturelle, la fausse membrane bien plus opaque que la veille, la voix altérée comme dans l'angine gutturale, la région laryngée un peu sensible à la pression; la respiration se répétait dix-sept fois par minute, la malade se trouvait moins bien encore qu'à l'ordinaire. (Vingt sangsues au cou, petit-lait.)

Le 21 (les sangsues n'avaient pas été appliquées), la fausse membrane enveloppait toute la luette et s'avançait un peu au-delà; la déglutition causait des picotemens et des déchiremens insupportables à la gorge, la respiration était à vingt-cinq, le pouls à quatre-vingt-dix, les autres symptômes comme la veille. (Vingt sangsues au cou, frictions au cou avec quatre gros d'onguent mercuriel, deux pilules de mercure doux, dix fois; gargarisme adoucissant, petit-lait.)

Le 22, haleine fétide, voix croupale, comme si elle eût passé par un tuyau d'airain; déglutition impossible, parole très-gênée, espèce d'embarras inexprimable, sans douleur véritable, à la gorge; à peine quelques traces de sensation pénible au larynx et à la trachée-artère; fausse membrane un peu plus avancée que la veille sur la voûte palatine, insomnie, plaintes, gémissemens, air d'inquiétude; pouls régulier, à quatre-vingt-deux: il y avait eu un peu de délire pendant la nuit. (Solution d'acide muriatique pour toucher le pourtour de la fausse membrane.)

Le soir, l'aphonie était complète, la toux peu fréquente, il n'y avait pas de sifflement trachéal, mais on entendait, à une certaine distance, une sorte de tremblement qui semblait se passer dans la trachée-artère; la déglutition était impossible, et quand le malade essayait de boire, les boissons sortaient par le nez : il était très-inquiet de son sort, bien qu'il n'eût pas éprouvé d'accès de suffocation. — La nuit, nouveau délire; il parcourut les salles en chemise, mais on le reconduisit sans peine à son lit. A six heures il en descendit pour se jeter sur son voisin, qu'il pressait si vivement, que trois hommes eurent de la peine à l'en arracher, et un quart-d'heure après il expira.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort.

Etat extérieur. Roideur cadavérique extrêmement difficile à vaincre.

Tête. Veines cérébrales gorgées de sang, pie-mère

très-rouge, substance corticale rosée dans toute son étendue, substance médullaire très-injectée; deux cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux : le cervelet dans le même état que le cerveau.

Cou. Les glandes cervicales étaient triplées de volume, d'un rouge cramoisi et d'une bonne consistance. Une fausse membrane tapissait le pharynx, la luette, le voile du palais, l'épiglotte et le larynx : très-adhérente à la partie supérieure du pharynx, elle l'était d'autant moins dans le reste de son étendue, qu'on s'approchait davantage de l'œsophage, où elle s'arrêtait. Son épaisseur et sa consistance diminuaient aussi bien dans la même proportion : d'un tiers de ligne sur l'épiglotte, elle devenait tout-à-coup moins épaisse et moins consistante sur le larynx, deux pouces au-dessous duquel elle finissait insensiblement. La membrane muqueuse du pharynx était plus ou moins rouge, et cette rougeur était comme plaquée ou mise avec un pinceau; la même coloration existait, mais moins vive, dans la trachée-artère, et surtout dans le larynx. Les follicules muqueux du pharynx étaient considérablement développés; son plan charnu avait trois lignes d'épaisseur dans sa partie la plus élevée, était un peu moins épais ailleurs, généralement très-ferme et un peu pâle; mais par places, et surtout dans le voisinage de la membrane muqueuse, il offrait des espèces d'ecchymoses. L'ouverture du larynx était seulement un peu moins large que dans l'état naturel.

Poitrine. Les poumons remplissaient exactement la cavité de la poitrine; un peu violacés en arrière, ils avaient une couleur naturelle antérieurement, étaient

d'un rose vif et parsemés à l'intérieur d'une infinité de taches qui étaient distinctes du tissu qui les environnait, par leur fermeté, leur aspect grenu et leur couleur rouge, qui allait en augmentant d'intensité du sommet à la base de l'organe. Le cœur était sain, l'aorte présentait quelques plaques rouges.

Abdomen. Le foie était un peu mollasse, la vésicule biliaire très-volumineuse, distendue par un liquide roussâtre et clair; le pancréas un peu rosé, la rate très-ramollie, couleur lie de vin, triplée de volume. La membrane muqueuse de l'estomac offrait plusieurs vergetures rouges : celle de l'intestin grêle avait généralement le double de son épaisseur ordinaire, et une couleur rose dans différens points. La membrane muqueuse du cœcum était rouge, celle du colon épaissie, ramollie et rosée dans une petite étendue. Les glandes mésentériques correspondantes à la fin de l'intestin grêle et au cœcum étaient rouges et volumineuses.

Dans cette observation, la progression de l'angine couenneuse du pharynx au larynx et à la trachée-artère, est évidente. Après avoir accompagné le typhus à sa naissance, la douleur de gorge disparaît pour quelques jours, et alors la maladie qui avait conduit le sujet à l'hôpital, semblait, vu la bénignité des symptômes, devoir se terminer heureusement; mais bientôt l'angine se réveille, le pharynx et l'isthme du gosier deviennent rouges, la déglutition est difficile, et le lendemain de l'apparition de ces symptômes on observe une fausse membrane sur la luette

et sur le pharynx. Cette fausse membrane, mince et incomplètement opaque le premier jour, acquiert promptement beaucoup d'épaisseur et d'opacité; la voix est légèrement altérée, mais le malade n'éprouve encore de gêne et d'embarras dans la trachée-artère et dans le larynx, qu'au moment de la déglutition; deux jours après, la voix prend le caractère croupal, celui qu'elle offre quand une fausse membrane occupe le larynx, il y a de l'inquiétude et de l'anxiété; vingt-quatre heures après l'apparition de ces nouveaux symptômes, le malade meurt après beaucoup d'agitation et d'angoisses, et à l'ouverture du cadavre, on trouve une fausse membrane plus épaisse et plus dense sur le pharynx que dans le larynx et dans la trachée-artère; la rougeur de la membrane muqueuse y est aussi plus considérable, les parties qu'elle revêt ont participé à l'inflammation beaucoup plus qu'aucune autre : en sorte que si, d'une part, l'observation attentive des symptômes pendant la vie montre que le développement de l'angine s'est fait de haut en bas, l'examen anatomique des organes le confirme, et suffirait, jusqu'à un certain point, pour le démontrer.

Nous observerons les mêmes lésions et la même succession de symptômes, dans les observations que nous allons rapporter. La suivante sera, en outre, un exemple de l'inflammation couenneuse étendue aux cavités nasales.

IIe OBSERVATION.

Croup survenu dans le cours d'une pleurésie chronique.

Un commis marchand, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution assez forte, sujet aux maux de gorge et au catarrhe pulmonaire, éprouva, sans cause connue, une douleur fixe au côté droit de la poitrine, accompagnée seulement d'une légère diminution d'appétit et d'un peu de toux. Deux semaines après son début, la douleur cessa, il y eut tous les soirs un mouvement fébrile bien prononcé, la toux devint plus fréquente, l'anorexie complète, et la diarrhée parut quelques jours avant l'admission du malade à l'hôpital de la Charité, le 24 juin 1823. Alors l'affection avait un mois de durée, et offrait la réunion de presque tous les symptômes qui caractérisent la pleurésie chronique; la figure était médiocrement colorée, la bouche pâteuse, le ventre souple et indolent, le pouls très-accéléré, la chaleur élevée; il y avait eu la veille plusieurs selles liquides. (Saignée de dix onces, tis. de chic. avec le sir. de g., pot. gom., vésicatoire sur la poitrine pour le lendemain.)

On pratiqua encore deux nouvelles saignées les trois jours suivans, mais le pouls conserva en partie sa fréquence. L'état de la poitrine s'améliora d'une manière remarquable pendant le mois de juillet, et la diarrhée fut presque continue; on tint le malade à la diète, et l'on joignit le diascordium à la tisane indiquée.

On remplaça celle-ci dans le mois suivant par la décoction blanche, et si l'on en excepte la suppression du dévoiement, qui eut lieu du 17 au 27 août, les choses en restèrent à-peu-près au même point. Le 27, le malade toussait à peine deux à trois fois en vingt-quatre heures, la bouche était pâteuse, l'appétit peu considérable, la faiblesse assez grande, les pieds presque toujours froids; le pouls conservait sa fréquence, et, comme depuis le début de l'affection, il y avait dans la journée et dans la nuit de légères épistaxis.

Les 29 et 30, nous remarquâmes dans les crachats, devenus plus abondans depuis quelques jours, des lambeaux de fausses membranes jaunâtres; qui nous firent penser à l'angine membraneuse; mais nous oubliâmes de revoir le malade après la visite, et l'observation fut perdue pour ce jour-là. Le lendemain, il se plaignit d'une douleur de gorge qui existait depuis douze heures, et nous observâmes sur la luette, le voile du palais et les amygdales, une fausse membrane bien humide et demi-transparente; la douleur se répandait, de chaque côté du cou, aux angles de la mâchoire, et ne s'étendait ni au larynx, ni à la trachée-artère; la voix était peu altérée, la respiration n'était ni sifflante, ni plus gênée que de coutume; la déglutition était facile, la salivation abondante. (Vingt sangsues au cou, gargar. acidulé avec l'acide muriatique, solution d'acide muriatique pour toucher le pourtour de la fausse membrane, frictions le long du cou avec quatre gros d'onguent mercuriel, vésicatoire à la nuque.)

Le soir, la douleur du cou avait un peu diminué,

le malade se plaignait d'avoir le nez bouché, mais la respiration n'était pas plus difficile qu'à l'ordinaire; la fausse membrane tapissait tout le pharynx, les amygdales et le voile du palais, et au-devant d'elle il y avait, dans la largeur d'un demi-pouce, une rougeur assez vive. Le pouls battait cent vingt-cinq fois par minute, la chaleur était peu élevée.

Le 1er. septembre, la fausse membrane devenue plus opaque était un peu plus avancée sur le voile du palais, la douleur du cou était accompagnée d'un léger boursouflement de cette partie, la respiration plus libre quand la tête était étendue en arrière, la voix plus altérée que la veille, mais non croupale; la déglutition assez facile: il n'y avait pas de sifflement trachéal, la respiration et la circulation étaient peu accélérées.

Le soir, le gonflement du cou était un peu augmenté, la voix offrait la même altération que dans la matinée, et la fausse membrane qui tapissait le voile du palais ayant été enlevée en partie, la membrane muqueuse, devenue libre, parut d'un rouge assez vif; le malade se plaignait d'un sentiment de gêne très-pénible au-dessous et au niveau du larynx, témoignait beaucoup d'inquiétude sur son sort, avait le pouls faible et très-accéléré. A neuf heures, sa voix était rauque, sa respiration sifflante, il eut plusieurs accès de suffocation, et à une heure du matin il expira.

Ouverture du cadavre trente heures après la mort.

État extérieur. Quelques vergetures autour du cou, deuxième degré de marasme.

Tête. Cerveau mou et injecté; une demi-cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; cervelet ramolli au même degré que le cerveau.

Cou. Veines jugulaires très-volumineuses, ganglions cervicaux très-développés, médiocrement fermes et rouges. Une fausse membrane tapissait les mêmes organes chez le sujet de la précédente observation, s'étendait dans les cavités nasales, et finissait dans la trachée-artère sous forme de mucus partout continu, membraniforme. En grande partie détachée du pharynx, de la partie postérieure du voile du palais et de la luette, cette fausse membrane avait une demi-ligne d'épaisseur, était ponctuée de sang, par intervalles, à sa face interne, et un peu infiltrée sur la luette. Plus épaisse sur l'épiglotte que dans le larynx, elle rétrécissait un peu ce dernier, déjà fort étroit naturellement. A la base de la luette, là où elle était détachée, se trouvait déjà une autre fausse membrane mince, demi-transparente et sèche. La muqueuse qui tapisse ces organes avait d'ailleurs exactement le même aspect et les mêmes nuances de rougeur que dans la précédente observation. Le cartilage de la cloison des fosses nasales offrait, à sa partie antérieure, un trou de deux lignes et demie de diamètre, autour duquel la pituitaire était décollée dans une petite étendue, rouge et comme frangée.

Poitrine. Le poumon gauche était un peu engoué

inférieurement, et sa couleur généralement d'un rouge vif. Le droit était grisâtre, mou, d'un petit volume, recouvert dans toute sa périphérie par une fausse membrane de huit lignes d'épaisseur au moins, séparée en deux feuillets, dans une partie de son étendue, par une matière plus ou moins rouge et gélatiniforme.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac offrait quelques vergetures rouges près du cardia, était d'ailleurs parfaitement saine : celle qui tapisse l'un et l'autre intestin était un peu épaissie et ramollie. Le pancréas était rouge, la veine cave inférieure vide de sang. Les autres viscères dans l'état naturel.

Malgré la persistance de la fièvre, le malade semblait en voie de guérison d'une pleurésie chronique, quand se manifestèrent les premiers symptômes du croup, dont la marche a été évidemment la même que dans l'observation précédente. Dans l'un et l'autre cas, en effet, le larynx et la trachée-artère n'ont été atteints qu'après le pharynx, qui paraît ne l'avoir été lui-même ici que postérieurement aux cavités nasales; celles-ci avaient probablement fourni les concrétions membraniformes observées dans le crachoir du malade, et cela est d'autant plus probable que le jour même où nous vîmes sur la luette et sur le voile du palais une fausse membrane, elle était encore fort mince, et que cependant le malade se plaignait d'avoir le nez bouché, sans doute parce que la fausse membrane qui tapissait les fosses nasales était déjà fort épaisse. Ces considérations se trouvent en quelque sorte fortifiées par la maladie du cartilage de la cloison, qui existait depuis plusieurs

mois et devait être, pour la pituitaire, une source perpétuelle d'irritation. Nous verrons d'ailleurs dans l'observation suivante, un exemple incontestable de cette même marche de l'affection.

IIIe Observation.

Croup survenu dans le cours d'une inflammation de la muqueuse gastro-intestinale.

Un homme, âgé de vingt-neuf ans, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, vint à Paris se faire traiter d'une maladie qu'il faisait remonter à quatre ans. Elle avait débuté par des douleurs successivement étendues aux genoux, aux cuisses, aux coudes, etc., qui s'étaient renouvelées de la même manière chaque année, ne laissant un peu de répit que pendant l'été.

Le 23 septembre 1823, quand le malade vint à l'hôpital de la Charité, il avait du dévoiement, ses douleurs étaient fixées au ventre depuis vingt jours, l'anorexie était complète, la langue humide et blanchâtre, la soif nulle, la respiration et la circulation en bon état, les facultés intellectuelles intactes et développées, les forces très-diminuées. (Tisane d'orge avec le sirop de gomme, bain de vapeur, diète absolue.)

Le 30, la diarrhée devenant plus considérable, on ordonna la décoction de riz avec le sirop de gomme, et un lavement émollient.

Du 10 au 14, les selles qui avaient toujours augmenté de nombre malgré la décoction blanche, l'eau de riz acidulée avec l'eau de Rabel et une applica-

tion de quinze sangsues à l'anus, cédèrent à l'opium en lavement, uni aux tisanes précédentes, et on permit quelques légers alimens. Mais le 19, céphalalgie intense, figure animée, chaleur générale, pouls fort accéléré. (Limonade, lav. de lin, diète.) Dans la journée, vomissemens de matières verdâtres et amères. Le 20, hoquet continuel, sans mouvement fébrile; le 22, persistance du hoquet, langue humide, appétit, douleur épigastrique; quelques frissons dans la journée.

Les 23 et 24, retour des mêmes frissons sans chaleur consécutive incommode, pouls calme, appétit, soif nulle. Le 25, mêmes symptômes, plus ou peu de douleurs de gorge; continuation de la céphalalgie.

Le 26, douleur de gorge augmentée, très-vive dans la déglutition; rougeur, sans gonflement aux amygdales, au voile du palais et au pharynx; espèce de traînée de matière purulente sur ce dernier, nulle douleur à l'épigastre, pouls calme.

Dans la journée du 27, le malade eut, après s'être beaucoup mouché, un peu de toux, et rendit, à la suite d'un léger effort de vomissement, deux fausses membranes de la forme et de la longueur des cornets inférieurs du nez, d'une demi-ligne d'épaisseur au moins.

Le 28, les amygdales étaient volumineuses et blanchâtres à leur partie la plus saillante; il y avait une chaleur assez vive un peu au-dessus du larynx, la déglutition était pénible, la respiration médiocrement gênée, la toux rare, l'exercice de la parole fatigant, la voix un peu altérée, la chaleur générale douce, la faiblesse considérable. (Vingt sangsues au cou, limonade, gargar. adouc., lav. de lin, pot. gom.)

Le 29, altération plus marquée de la voix, déglutition plus difficile, fausse membrane plus ou moins opaque sur la luette et sur les amygdales, ardeur au gosier, crachats épais et verdâtres, peu de soif, assoupissement par intervalles. (Vésic. au cou.) Le soir, chaleur élevée, pouls fréquent, altération plus profonde de la voix.

Le 30, elle était croupale, la luette et les amygdales dans le même état que la veille; il y avait quelques plaques couenneuses sur le pharynx, de la rougeur au-devant de la fausse membrane qui recouvrait la luette : la respiration était plus gênée que de coutume, sans accélération bien sensible, sans sifflement: une partie des boissons sortait par le nez, le pouls était un peu accéléré, la figure pâle; il y avait un peu d'affaissement dans les traits; l'haleine était fétide, les crachats diffluens; le malade disait avoir la bouche en feu. (Orge miellée, potion gomm., solution d'acide muriatique pour toucher le pourtour des fausses membranes.)

Le soir, la respiration devient successivement plus gênée, le malade est à son séant, assez calme néanmoins, se plaint d'une ardeur intolérable le long du cou, est persuadé qu'il ne passera pas la nuit, et il expire effectivement vers deux heures du matin, sans avoir eu, à aucune époque de sa maladie, d'accès de suffocation.

Ouverture du cadavre trente heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable qu'une maigreur assez considérable.

Tête. Veines cérébrales distendues, cerveau et cervelet un peu mous; deux petites cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules latéraux du cerveau.

Cou. Il n'y avait aucune trace de fausse membrane dans le pharynx ou dans les voies aériennes; mais la membrane muqueuse qui tapisse le pharynx, la luette et le voile du palais, était d'un rouge livide. On trouvait au sommet de l'amygdale droite une ulcération noirâtre assez profonde, de deux lignes de diamètre, d'une odeur gangréneuse. Les bords de la glotte étaient un peu œdématiés, la membrane muqueuse du larynx inégalement injectée et d'un rouge vif qui diminuait promptement d'intensité dans la trachée-artère.

Poitrine. Les poumons étaient crépitans, d'un rouge foncé, d'ailleurs sains; et le droit adhérait à la plèvre costale dans toute son étendue. Le cœur et l'aorte étaient dans l'état naturel.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac était très-rouge et très-ramollie, au point de ne pouvoir fournir de lambeaux par traction, que dans une petite portion de la face antérieure de ce viscère et près du pylore. Celle de l'un et de l'autre intestin n'était pas moins ramollie et était fort épaissie. Les autres viscères dans l'état naturel.

Si, lors de l'examen du cadavre, nous n'avons pas trouvé de concrétions membraniformes sur la tunique muqueuse du larynx et du pharynx, nous en avons vu pendant la vie sur le dernier organe, et les symptômes observés, non moins que la rougeur de la mu-

queuse laryngo-trachéale, ne peuvent guère laisser de doutes sur son existence dans le larynx, à la même époque. Il est probable que les fausses membranes avaient été rejetées par l'expectoration, et qu'elles n'auront pas été recueillies, ce qui doit arriver souvent dans les hôpitaux; en sorte que dans cette observation comme dans la précédente, nous voyons des fausses membranes rendues avant qu'on puisse soupçonner leur existence, se former dans les cavités nasales avant de se manifester ailleurs, puis se développer successivement sur le pharynx et sur le larynx. La maladie a donc encore marché de haut en bas. Par une inadvertance qui arrive quelquefois aux plus attentifs, nous avons oublié d'examiner les cavités nasales après la mort; mais la forme des fausses membranes observées pendant la vie ne laisse heureusement aucun doute sur le lieu de leur développement.

Cette observation et la précédente prouvent d'ailleurs combien il importe d'examiner attentivement les excrétions des malades, puisque de leur examen, dans le dernier cas surtout, résultait la connaissance d'une inflammation couenneuse dans les fosses nasales, et qu'à raison de la marche ordinaire de cette affection, on pouvait prévoir son développement sur le pharynx et sur le larynx, et que par conséquent on aurait pu l'empêcher, si la thérapeutique eût été plus avancée sur ce point. La complication de gangrène mérite encore d'être remarquée, bien qu'elle ne paraisse pas avoir influencé sensiblement la marche de la maladie, ni donné lieu à des symptômes particuliers, puisque la fétidité de l'haleine se remarque

dans l'angine couenneuse dépourvue de toute complication.

IVe Observation.

Croup simple. (1)

Une femme, âgée de soixante-douze ans, d'une constitution forte, éprouvait depuis plusieurs jours les symptômes d'une angine, pour laquelle on fit une application de sangsues au cou. Le lendemain, la face était rouge, le cou tendu, les yeux brillans, il y avait de l'anxiété, la respiration était difficile, accompagnée d'un bruit rauque, la toux courte et grave, l'exercice de la parole très-difficile, la déglutition impossible, le pouls développé, la peau chaude; il y avait constipation depuis vingt jours. (Vingt sangsues au cou, lav. purgatif, tis. délay.)

Quelques heures après, on examina le fond de la gorge, et l'on vit, à la partie antérieure du voile du palais, une fausse membrane blanchâtre, qu'on souleva un peu, et au-dessous de laquelle la muqueuse était saignante; il y avait un peu de soulagement.

Le lendemain matin la malade était mourante, la respiration plus courte et plus rauque encore que la veille, et la mort suivit de près la visite.

---

(1) Observation communiquée par M. Rostan, et recueillie par M. Foville.

Ouverture du cadavre.

Une fausse membrane très-épaisse et rugueuse tapissait les deux faces du voile du palais, était exactement moulée sur ces parties, s'étendait dans les fosses nasales, pénétrait dans le larynx, dans la trachée-artère et dans ses divisions, adhérait davantage au larynx qu'à la trachée-artère. Les poumons étaient engoués, les viscères abdominaux sains, le cerveau vivement injecté.

Quoique l'époque précise de l'invasion de la maladie ne soit pas indiquée, on doit néanmoins penser que sa marche a été rapide, et on le voit clairement pour ce qui concerne l'affection du larynx et de la trachée-artère; car si au moment où l'on appliqua des sangsues pour la première fois, les symptômes du croup eussent existé, on les aurait bien certainement notés; ils n'ont donc pu précéder la seconde application de sangsues que de quelques heures; en sorte que l'angine couenneuse aura été mortelle environ trente-six heures après son développement sur la membrane muqueuse laryngo-trachéale. Cette rapidité de la marche de la maladie, non moins que l'épaisseur de la fausse membrane et l'étendue des parties sur lesquelles elle s'est développée, méritent d'être remarquées, à raison du grand âge de la malade. Une autre circonstance digne aussi de quelque attention, c'est l'aspect saignant de la membrane muqueuse, là où l'on en avait détaché une partie de la fausse mem-

brane. Ce fait rappelle ce qu'on voit tous les jours à la surface des vésicatoires, où les concrétions membraniformes laissent quelquefois la peau saignante quand on les en a séparées : il indique aussi entre la tunique muqueuse et la fausse membrane, l'existence d'un moyen d'union, et confirme, sous ce rapport, ce qu'on sait de l'organisation de ces fausses membranes.

Ve Observation.

Croup compliqué de Gastrite. (1)

Un porteur d'eau, âgé de vingt-deux ans, d'une constitution forte, ayant beaucoup d'embonpoint, fut admis à l'hôpital de la Charité le 8 août 1823. Il était malade depuis huit jours, avait été pris tout-à-coup, au commencement de cette époque, après l'immersion des mains dans l'eau très-froide, d'un coryza très-intense ; il se plaignait de douleur de gorge, avait la respiration gênée, le cou enflé, se tenait à son séant, ne pouvait ouvrir la bouche, était sans fièvre, et jouissait de l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Néanmoins il mourut le même jour, peu après la visite, sans avoir éprouvé d'accès de suffocation.

(1) Recueillie par M. Piédagnel, à l'hôpital de la Charité.

Ouverture du cadavre vingt-deux heures après la mort.

État intérieur. Il y avait un assez grand nombre de vergetures à la surface du corps.

Cou. Une fausse membrane tapissait le nez, le voile du palais, le pharynx, les amygdales, le larynx et la trachée-artère. Plus épaisse dans les cavités nasales que partout ailleurs, elle y était aussi très-consistante, y adhérait infiniment peu, et ressemblait à une couche de cire qu'on aurait coulée dans ces cavités, où elle avait, par places, plus d'une ligne d'épaisseur. Les dimensions de l'épiglotte en étaient considérablement augmentées. Dans le larynx elle tapissait les ventricules et les cordes vocales, qui se touchaient dans une partie de leur étendue ; dans la trachée-artère, elle diminuait d'épaisseur jusqu'aux bronches, près desquelles on la voyait libre et flottante au milieu du canal qu'elle obstruait. Toutes les parties de la membrane muqueuse qui en étaient recouvertes étaient d'un rouge livide, et les bronches, dans toutes leurs divisions, contenaient un liquide épais, rougeâtre, purulent.

Poitrine. Les poumons étaient engorgés, offraient çà et là des ecchymoses nombreuses environnées d'un tissu plus léger et d'une couleur rose.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac était livide, épaissie et recouverte d'une couche puriforme très-épaisse. Les intestins et les autres viscères de l'abdomen étaient plus ou moins gorgés de sang.

Quoique dépourvue de détails, et malgré l'ignorance où nous sommes du début de la gastrite, dont l'existence est suffisamment prouvée par la rougeur et l'épaississement de la membrane muqueuse de l'estomac, cette observation, rapprochée des précédentes, offre beaucoup d'intérêt. Une fausse membrane s'était développée à l'intérieur des fosses nasales, son épaisseur et sa grande consistance suffiraient presque pour faire considérer ces cavités comme le point de départ de la maladie, et les symptômes de coryza, qui ont été les premiers, ne laissent aucun doute à cet égard. Nous ne voulons pas dire néanmoins, par ces réflexions et par celles qui précèdent, que l'angine couenneuse ne puisse jamais se développer primitivement chez l'adulte dans le larynx, ou même passer du larynx au pharynx ; mais nous cherchons à constater les faits, et il nous semble que ceux que nous avons rapportés jusqu'ici, nous montrent cette maladie se propageant toujours de haut en bas.

Nous ne citerons plus d'exemple de concrétions membraniformes développées à l'intérieur des fosses nasales; l'examen de ces cavités n'a pas eu lieu dans les observations suivantes, et nous le regrettons beaucoup, puisque c'eût été le moyen de connaître d'une manière approximative la proportion des cas dans lesquels l'inflammation couenneuse s'y manifeste : mais des circonstances un peu différentes de celles que nous avons rapportées jusqu'ici donnent encore aux observations qui suivent beaucoup de prix, et la première nous fournira l'exemple d'une fausse membrane existante à-la-fois dans le larynx et dans l'estomac.

VI[e] Observation.

Croup survenu dans le cours d'une phthisie pulmonaire arrivée à son dernier degré.

Une femme, âgée de trente-deux ans, habituellement maigre, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique et nerveux, sujette au catarrhe pulmonaire sec, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 31 mai 1823, ayant, depuis neuf mois, tous les symptômes de la phthisie, et depuis quatre, un mouvement fébrile très-prononcé. Quand nous la vîmes le premier juin, nous la trouvâmes dans le dernier degré de marasme; la langue était rouge, l'anorexie complète, la soif vive, la déglutition facile, l'épigastre extrêmement sensible à la moindre pression, tout le ventre un peu endolori, la diarrhée considérable, la parole brève, la toux médiocrement fréquente et sèche, la chaleur assez élevée, le pouls à quatre-vingt-cinq. Il n'y avait pas de douleur de gorge. (Décoct. de riz avec le sirop de coing, décoct. de lichen avec le sirop de coing, diasc. avec un gr. d'op. bis; deux crêmes de riz.)

Ces symptômes continuaient avec un peu moins d'intensité, quand se manifestèrent, le 12 juin, des douleurs de gorge et un peu de gêne dans la déglutition. Ces douleurs persistèrent, et à-peu-près au même degré, pendant quatre jours, sans que la malade s'en plaignît. Le 16, elles étaient beaucoup plus considérables, s'étendaient tout le long du larynx et de

la trachée-artère jusqu'au sternum, étaient accompagnées d'un sentiment de cuisson et de gonflement, sans néanmoins que la voix fût altérée : la chaleur était si vive le long du cou, que la malade voulait y appliquer de la glace ; le pharynx était très-rouge sur ses parties latérales, du côté droit surtout, la déglutition difficile, la toux moins fréquente qu'à l'ordinaire, la douleur épigastrique un peu diminuée ; il n'y avait pas de dégoût. La malade avait rendu, la veille, des concrétions membraniformes, que nous ne vîmes pas, et qu'elle assurait s'être détachées du gosier : chaleur forte, pouls à quatre-vingt-cinq pulsations par minute. (Même prescription.)

Le 17, même ardeur à la gorge et au cou, anxiétés, découragement tel, que la malade ne souffrit pas qu'on examinât l'intérieur de sa bouche ; gonflement de la partie supérieure du cou, du côté droit principalement, dyspnée plus considérable que la veille. A trois heures du soir, le volume du cou était très-augmenté, une fausse membrane couvrait le pharynx, les amygdales et la luette, et après beaucoup de malaise et d'anxiétés la malade mourut à deux heures du matin, sans avoir eu d'accès de suffocation, et en pleine connaissance.

Ouverture du cadavre trente heures après la mort.

Tête. La pie-mère était très-rouge, le cerveau et le cervelet très-injectés.

Cou. Les glandes salivaires et les ganglions cervicaux n'offraient rien de remarquable. La luette, les amygdales et le pharynx étaient recouverts par une

fausse membrane d'une demi-ligne d'épaisseur environ, qui s'étendait, en diminuant successivement d'épaisseur et de consistance, sur l'œsophage, quatre pouces au-dessous du cartilage cricoïde, tapissait l'épiglotte, tout l'intérieur du larynx et de la trachée-artère où elle était très-mince, et s'étendait jusque dans les ramifications bronchiques du côté droit. La membrane muqueuse du pharynx était d'un rouge vif, celle du larynx d'un rose tendre : cette couleur était plus vive dans la trachée-artère, du côté droit principalement.

Poitrine. Les poumons offraient, dans leurs lobes supérieurs, deux excavations principales qui communiquaient par plusieurs orifices avec les bronches; leur tissu, là où il n'y avait pas de tubercules, était d'un rouge vif, sans engouement. Le cœur avait un petit volume; l'aorte présentait quelques plaques rouges dans différents points de sa longueur.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac était pâle, excepté à sa face antérieure, où elle était d'un rose clair, et couverte d'une fausse membrane très-molle, mince, et jaunâtre. Il y avait quelques ulcérations dans l'intestin grêle; on en voyait aussi quelques-unes dans les différentes parties du gros intestin, dont la muqueuse était ramollie et d'un rouge amaranthe dans presque toute son étendue. Les autres viscères dans l'état naturel.

Ici, comme dans les observations précédentes, l'inflammation paraît avoir envahi la membrane muqueuse du pharynx avant celle du larynx, au moins

nous semble-t-il fort difficile d'en douter, si l'on réfléchit à la marche de la douleur qui a eu son siége dans le premier de ces organes, long-temps avant d'atteindre le second. Le développement de la fausse membrane aura sans doute suivi la même progression; car la malade rendit le 15 juin des concrétions membraniformes, c'est-à-dire à une époque à laquelle la voix n'ayant pas souffert d'altération, il est impossible d'admettre l'existence d'une fausse membrane dans le larynx; elle assurait d'ailleurs que ces concrétions s'étaient détachées de son gosier; et, à l'ouverture du cadavre, la fausse membrane était plus épaisse sur le pharynx que dans le larynx et dans la trachée-artère, ce que nous avons observé dans les cas où la marche de l'affection des parties supérieures aux inférieures était hors de doute.

Quant à la fausse membrane qui tapissait la face antérieure de l'estomac, il est impossible de déterminer l'époque de sa formation, vu le défaut de symptômes caractéristiques; mais si l'on peut conclure de ce qui a eu lieu dans les voies aériennes, à ce qui est arrivé dans l'estomac, on pensera que la fausse membrane de ce viscère était fort récente à la mort du sujet, vu sa mollesse et son peu d'épaisseur.

VIIe Observation. (1)

Une femme, âgée de trente-deux ans, d'un tempérament lymphatique, épuisée par la misère et la mau-

(1) Communiquée par M. Magendie, et recueillie par M. Collin.

vaise nourriture, entra à l'hôpital Necker le 23 juin 1823. Elle se plaignait seulement d'un mal de gorge qui durait depuis huit jours, sans pouvoir rendre compte du début et des progrès de sa maladie, ni en assigner la cause. La face était vultueuse, livide, la respiration précipitée et légèrement bruyante, le cou augmenté de volume, le larynx constamment rapproché de l'os maxillaire, et la bouche entr'ouverte laissait écouler des mucosités visqueuses et sans odeur. La déglutition se faisait avec une extrême difficulté, bien que la malade n'accusât qu'une douleur de gorge peu intense; les amygdales et le bord du voile du palais étaient grisâtres et légèrement tuméfiés, la voix rauque et sifflante, la langue dans l'état naturel; le pouls fréquent, serré, un peu irrégulier; la peau chaude et halitueuse. La malade ne toussait pas, était dans une sorte de prostration, et tourmentée par des pressentimens sinistres.

Le lendemain, elle offrait exactement les mêmes symptômes. Le 25, avant la visite, son état ne paraissait pas aggravé; mais peu de temps après et subitement, la face devint plombée, la respiration haute, sifflante, intermittente, la malade suffoquait, son pouls était presque insensible, et elle expira après une heure d'agonie.

Ouverture du cadavre.

Une fausse membrane épaisse, consistante, tapissait la trachée-artère, y formait un tube complet, et fut suivie jusque dans les ramifications bronchiques du troisième ordre : elle occupait aussi le larynx. Au-dessous, la membrane muqueuse était à peine plus

rouge que dans l'état naturel, mais un peu moins veloutée. Sur les amygdales et sur les piliers du voile du palais, on ne rencontrait qu'une couche peu épaisse d'une sorte de mucus grisâtre, sans consistance. — Les poumons très-engoués ne s'affaissaient pas; il s'en écoulait, par les incisions qu'on y pratiquait, une grande quantité de sérosité sanguinolente un peu spumeuse.

L'absence d'une fausse membrane sur la muqueuse du pharynx aura sans doute été remarquée, et il est d'autant plus convenable d'y faire attention, que jusqu'alors nous avons vu les concrétions membraniformes se propager des parties supérieures aux inférieures. Admettrons-nous que la maladie ait eu ici une marche différente; ou bien, croirons-nous que l'angine ayant débuté, comme dans les autres cas, par l'arrière-bouche, la fausse membrane se soit formée d'abord sur le pharynx, d'où elle se sera détachée pour ne se reformer que très-incomplètement ensuite? Il nous semble qu'il peut y avoir du doute, et par cela même nous ne voyons pas de raison pour affirmer une chose plutôt qu'une autre : en sorte que sur ce point, nous devons regarder cette observation comme nulle. Ainsi que dans la dernière, la fausse membrane s'étendait jusque dans les bronches, comme si la disposition de l'inflammation couenneuse à se propager, était en raison de la faiblesse des individus.

VIIIe Observation.

Croup survenu au milieu d'une fièvre continue typhoïde.

Un garçon de quinze ans et demi, d'une constitution médiocrement forte, et d'un tempérament lymphatique, vint à l'hôpital de la Charité le 8 août 1823. Il était malade depuis quatre jours, avait été pris, au début, de céphalalgie, de douleurs dans les membres, d'un sentiment de faiblesse considérable, et de vertiges; l'appétit avait cessé, le dévoiement avait paru ensuite, et après quelques légers frissons la chaleur s'était établie.

Dans la nuit du 8 au 9 août, épistaxis abondante; le matin suivant, figure médiocrement animée, légère expression de fatigue, parfois bourdonnemens d'oreilles, picotemens dans les yeux; anorexie, bouche pâteuse, langue blanchâtre, soif, douleur de gorge peu considérable, sans gêne dans la déglutition; rougeur et gonflement léger du voile du palais et à l'isthme du gosier, sentiment de sécheresse dans ces parties; douleur à l'épigastre, diarrhée; pouls large et développé, à soixante-seize; respiration à vingt-huit, un peu fréquente, sans toux. (Dix-huit sangsues à l'anus, orge gommé, julep, cinq bouillons.)

Le lendemain, on appliqua vingt sangsues au pli de l'aine, et l'état du malade ne changea pas d'une manière sensible les jours suivans. Le 16, météorisme, soif plus vive, pouls un peu moins fréquent, voix naturelle, sans toux, quelques tâches typhoïdes

à l'abdomen. (Tis. d'orge avec le sir. de gom., cinq bouillons.)

Le 19, éruption de taches roses et saillantes à la face, douleur vive à la gorge, augmentation du volume de la luette, qui est couverte d'une fausse membrane dans toute son étendue; légère douleur à la partie supérieure de la trachée-artère, sans altération de la voix; déglutition un peu gênée, deux selles; pouls à soixante-seize, assez plein.

Le 20, toux sèche, fausse membrane un peu moins épaisse, demi-transparente; chaleur et embarras dans la gorge. (Tis. d'orge avec le sir. de gom., petit-lait, lav. émoll.)

Le 21, toux aigre, un peu croupale, aphonie presque complète, douleur, chaleur dans le trajet de la trachée-artère et du larynx, extension de la fausse membrane aux amygdales; langue rouge et sèche, déglutition plus difficile que les jours précédens, respiration calme.

Le 22, l'état du malade était le même, et l'on prescrivit vingt sangsues au cou, un gargarisme adoucissant, un collutoire avec l'acide muriatique pour toucher le pourtour de la fausse membrane, et la tisane d'orge édulcorée avec le sirop de gomme.

Le 23, chaleur brûlante, par intervalles, le long du larynx et de la trachée-artère, toux déchirée; crachats verdâtres, semi-opaques; le reste comme la veille. On ajouta à la prescription une once d'onguent mercuriel en frictions.

Peu après la visite, léger accès de suffocation. Le 24, extension de la fausse membrane aux piliers du voile du palais.

Le 25, il n'y a plus de traces de fausse membrane que sur la luette, la toux est fréquente et excite de la douleur au larynx. Le 26, les symptômes locaux étant les mêmes, les taches typhoïdes ont disparu; on ne trouve plus de sudamina, le pouls est assez calme, la langue nette et humide, les selles rares, les facultés intellectuelles toujours dans la plus parfaite intégrité.

Le 28, aucune trace de fausse membrane, mais les piliers antérieurs du voile du palais restent rouges et tendres. Le 31, on suspend les frictions mercurielles et l'acide muriatique, et l'aphonie continuant, on applique un vésicatoire au cou : on donne quelques bouillies au malade.

Du 31 août au 14 septembre il n'y a que de légères variations dans les symptômes; l'aphonie cesse par intervalles, la voix reste altérée, est très-sonore, le mouvement fébrile augmente.

Le 15, le pouls est à cent, médiocrement large, la chaleur modérée, la langue nette et humide, le pharynx et le voile du palais sont encore un peu rouges, la luette est fort petite, la déglutition gênée, la voix telle que nous l'avons dit, les selles régulières, et le malade sans inquiétude, sans douleur, sans anxiété. Quelquefois, cependant, sa respiration est un peu gênée, mais il lui suffit de se mettre sur l'un ou sur l'autre côté, pour faire disparaître cette incommodité; les crachats sont peu abondans et toujours tels que nous les avons indiqués le 23 août.

Bientôt la fièvre se dissipe, les fonctions digestives se rétablissent, la respiration et la voix reviennent à leur état naturel, et la convalescence paraît assurée au

commencement d'octobre, quand le malade quitte l'hôpital.

Ce malade n'a eu qu'un accès de suffocation, a été constamment dans une sorte de calme, sans éprouver de véritables anxiétés ; et peut-être se demandera-t-on s'il a eu le croup. Mais si l'on réfléchit qu'il a éprouvé les principaux symptômes qui caractérisent cette affection, l'altération spéciale de la voix et la douleur du larynx et de la trachée-artère ; que ces symptômes ont succédé à l'angine couenneuse de l'isthme du gosier ; que cet ordre dans leur production est précisément celui que nous avons observé jusqu'ici chez les sujets atteints de croup, on sera convaincu, malgré la bénignité des accidens, que c'est véritablement encore cette maladie que nous avons observée dans le cas qui nous occupe.

La disposition de la fausse membrane mérite d'être remarquée. Visible d'abord sur la luette, elle a gagné ensuite les amygdales et les piliers du voile du palais, sans jamais atteindre le pharynx ; et les variations d'opacité et de transparence qu'elle a offertes, rappellent un fait noté par M. Guersent, nous voulons dire l'absorption de la fausse membrane sur la partie où elle s'était développée.

Après avoir fait quelques réflexions à la suite de chaque fait en particulier, nous allons envisager nos observations en commun, exposer successivement les symptômes de la maladie qui nous occupe, sa marche et l'état des organes après la mort. Nous di-

rons aussi quelques mots sur son diagnostic et sur son pronostic ; nous comparerons d'une manière rapide le croup observé chez l'enfant et chez l'adulte, nous rechercherons s'il est possible de savoir quelque chose de positif sur les causes de celui que nous avons observé ; enfin, nous terminerons par quelques considérations sur le traitement.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

Symptômes. La maladie débutait ordinairement par une douleur de gorge, quelquefois par des symptômes de coryza, et la formation d'une fausse membrane dans les cavités nasales. (Obs. II, III.) La douleur de gorge était accompagnée d'une rougeur plus ou moins vive au pharynx, aux amygdales et au voile du palais ; d'un peu de gonflement, de tension, de picotemens plus ou moins marqués dans les mêmes parties, et surtout de difficulté dans la déglutition. Cette difficulté, ordinairement peu considérable dans le principe, devenait quelquefois telle, que les malades rendaient une partie de leurs boissons par le nez (Obs. III), ou même alors la déglutition était impossible (Obs. I, IV), et l'écartement des mâchoires ne pouvait avoir lieu. (Obs. V.)

A une époque plus ou moins éloignée du début de la douleur de gorge, on apercevait une fausse membrane qui recouvrait successivement ou simultanément le pharynx, le voile du palais, la luette et les amygdales; une seule fois, et dans tout le cours de la maladie, nous avons vu cette production morbide ne recouvrir que quelques-unes de ces parties.

(Obs. VIII.) — Le volume du cou devenait plus ou moins considérable, à la fin de cette période ou au commencement de la suivante.

Quelquefois en même temps, quelquefois avant l'apparition de la fausse membrane, mais toujours après le début du mal de gorge, les malades éprouvaient une légère douleur au larynx et à la trachée-artère, douleur dont le caractère était généralement difficile à exprimer, qu'ils comparaient, dans quelques cas, à des picotemens ou à une chaleur ardente (Obs. III, VI), et qu'ils cherchaient à calmer par l'application du froid. (Obs. VI.) Peu après le début de cette douleur, la voix, qui n'avait présenté jusqu'alors qu'une espèce d'altération comparable à celle qui a lieu dans l'angine gutturale, prenait un caractère plus ou moins parfaitement analogue à ce qu'on appelle voix croupale (Obs. I, III); la respiration devenait plus ou moins gênée, mais elle était rarement sifflante, en sorte que nous ne l'avons observée telle que chez un des malades dont nous avons recueilli l'histoire, et seulement quelques heures avant sa mort. (Obs. II.) Le renversement de la tête en arrière parut, dans certains cas, diminuer la dyspnée; la toux était parfois comme déchirée, ordinairement fort peu considérable, et n'incommodait les malades qu'à raison de la douleur de gorge qu'elle exaspérait. Les accès de suffocation étaient bien rares; un grand nombre de sujets éprouvaient un malaise extrême, beaucoup d'anxiété; quelques-uns, bien que fort inquiets sur leur situation, ne perdirent que quelques heures avant la mort l'espèce de calme dans lequel nous les avions vus.

Tels étaient les symptômes locaux observés chez nos malades. Chez ceux que l'angine avait atteints au milieu d'une maladie plus ou moins grave, les phénomènes généraux n'ont pas été très-prononcés, la circulation est devenue un peu plus accélérée au début, la chaleur universelle plus considérable ; mais les fonctions digestives conservaient le degré d'altération dans lequel elles se trouvaient, et les facultés intellectuelles ne présentaient rien de remarquable, si l'on en excepte le sujet de la première observation, qui était atteint de typhus, et après la mort duquel nous trouvâmes des traces d'une congestion cérébrale très-intense. Chez ceux dont l'affection paraît avoir marché sans complication, le pouls était plus ou moins accéléré, la chaleur élevée, les facultés intellectuelles dans le plus parfait état d'intégrité.

Ainsi, soit que l'affection se montrât chez des personnes bien portantes, soit qu'elle atteignît des individus déjà malades, sa *marche* était toujours la même. C'était d'abord (abstraction faite de plusieurs sujets sur lesquels on n'a pu recueillir que fort peu de renseignemens) des douleurs, de la chaleur, de la rougeur au gosier, de la gêne dans la déglutition ; ces symptômes, qui étaient quelquefois précédés de coryza et du développement de fausses membranes dans les cavités nasales, étaient plus ou moins promptement suivis de la formation d'autres concrétions albumineuses membraniformes sur le pharynx, les amygdales et la luette; et alors le larynx et la trachée-artère étaient le siége d'une douleur plus ou moins vive : la voix, peu altérée d'abord, le devenait

chaque jour davantage; il y avait de la dyspnée, de l'anxiété, et parfois des accès de suffocation promptement suivis de mort; en sorte que la maladie avait, comme nous l'avons déjà fait remarquer, une marche progressive, s'étendait de haut en bas, occupait successivement le voile du palais, les amygdales, le pharynx et les voies aériennes.

Son cours était à-peu-près également rapide chez tous les sujets qui ont succombé, puisque la mort arrivait (du moins chez ceux dont le début de l'affection a été fixé d'une manière précise) du sixième au huitième jour, à compter de celui où l'angine gutturale avait été bien marquée, deux, trois ou quatre jours après l'apparition de la fausse membrane sur le pharynx, et de dix-huit à trente-six heures après le moment où l'on pouvait présumer, par l'altération de la voix, que cette fausse membrane s'était propagée au pharynx.

Examen anatomique des organes. Les fosses nasales, le pharynx, le voile du palais, la luette, les amygdales, le larynx, la trachée-artère, et quelquefois les bronches, étaient tapissés par une fausse membrane, qui diminuait de consistance et d'épaisseur dans l'ordre des organes que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire suivant l'époque plus ou moins avancée de son développement, puisque, d'après ce qui a été dit plus haut, il avait lieu des parties supérieures aux inférieures. Nos deux premières observations suffiraient d'ailleurs pour prouver qu'il y avait proportion entre l'épaisseur de la fausse membrane et son ancienneté, puisque l'ayant observée à son début, dans ces deux cas, nous l'avons vue acqué-

rir journellement plus d'épaisseur et d'opacité. La membrane muqueuse sous-jacente était plus ou moins rouge, et sa rougeur décroissait du pharynx à la trachée-artère. Les follicules muqueux du pharynx étaient quelquefois très-développés, et les ganglions cervicaux rouges et volumineux dans plusieurs cas. La fausse membrane qui tapissait le larynx et la trachée-artère, où elle était peu épaisse, ne rétrécissait que fort peu leur capacité, et ne formait certainement pas un obstacle mécanique à l'entrée de l'air dans les poumons. Un seul cas, dans lequel cette fausse membrane était repliée sur elle-même, à la partie inférieure de la trachée-artère, faisait exception à cette règle. (Obs. v.)

Les poumons, qui étaient le siége de plusieurs lésions indépendantes du croup, offraient beaucoup d'uniformité dans leur couleur, qu'on trouvait d'un rouge vif à l'intérieur.

La membrane muqueuse de l'estomac était rouge, ramollie, et même épaissie sur plusieurs sujets (obs. III, V, VI); couverte, dans un cas, d'une fausse membrane, molle comme celle qui tapissait les voies aériennes (obs. VI.); présentait des rougeurs partielles sans épaississement ni ramollissement dans d'autres. (Obs. I, II.)

Sur le cadavre de quatre sujets dont nous avons recueilli l'histoire, et qui tous avaient eu pendant un espace de temps plus ou moins considérable de la diarrhée, la membrane muqueuse des intestins offrait un épaississement plus ou moins marqué, une rougeur plus ou moins étendue.

La couleur des autres viscères de l'abdomen ne

différait pas de celle qu'on observe chez les individus qui meurent de toute autre maladie. Enfin le cerveau était plus ou moins injecté sur quelques sujets.

Diagnostic. Quand la maladie était encore bornée au pharynx, la vue de la fausse membrane indiquait assez sa nature. On reconnaissait qu'elle s'était propagée au larynx, par la douleur de cet organe, la dyspnée et surtout par l'altération de la voix, symptômes auxquels se joignaient, dans quelques cas, de l'anxiété, des accès de suffocation, et qui suffisaient au diagnostic, la seule présence d'une fausse membrane sur le pharynx annonçant d'une manière presque certaine sa propagation ultérieure dans les voies aériennes.

Pronostic. Nous avons donné l'histoire de huit malades, et un seul d'entre eux est échappé à la mort! On serait peut-être tenté de distraire du nombre des victimes de l'affection qui nous occupe, une femme dont la phthisie, arrivée au dernier degré, laissait à peine espérer quelques jours d'existence; mais en réfléchissant qu'à compter de l'invasion du mal de gorge, la maladie n'a pas eu une marche plus rapide chez cette femme que chez les autres malades, on ne voit plus de raisons d'opérer ce retranchement. Convenons toutefois que si les observations qui précèdent peuvent donner une juste idée des symptômes et de la marche de l'angine croupale chez l'adulte, il n'est pas possible d'en tirer des conclusions rigoureuses pour le pronostic, l'affaiblissement dans lequel se trouvaient beaucoup de malades laissant tout-à-la-fois peu de ressources aux efforts de la nature et de l'art.

Parallèle du croup chez l'enfant et chez l'adulte.

Si nous comparons maintenant les différens points de l'histoire de nos malades, avec les meilleures descriptions du croup observé dans l'enfance, nous verrons tout-à-la-fois beaucoup d'analogie et quelques différences dans les symptômes et dans la marche de la maladie.

Dans l'enfance, en effet, le croup débute par un léger catarrhe plus ou moins promptement accompagné de douleurs à la partie antérieure du cou, et ordinairement sans être précédé de mal de gorge; bientôt la toux est forte, revient par quintes, la respiration est plus ou moins sifflante, la dyspnée plus ou moins considérable, la voix croupale, etc., etc. Chez nos malades, au contraire, il y avait, au début, une douleur de gorge plus ou moins forte, accompagnée de chaleur, de gêne dans la déglutition, et peu ou point de toux: bientôt les organes phlogosés, les amygdales, le pharynx, etc., se recouvraient d'une fausse membrane, et alors se manifestait une douleur au larynx et à la trachée-artère, bientôt suivie de dyspnée, d'anxiété, d'altération de la voix, rarement d'accès de suffocation, même dans les dernières heures de l'existence.

Toutefois, si dans un assez grand nombre de cas le croup a, dans l'enfance, la marche que nous venons d'indiquer, il ne l'a pas constamment à beaucoup près: on le voit débuter quelquefois par un coryza, souvent même par des maux de gorge, et les observations de croup recueillies dans ces derniers temps font assez fréquemment mention de ce symptôme. On n'a pas

toujours regardé la bouche des malades pendant la vie, et après la mort on s'est trop souvent borné à l'examen anatomique du larynx et de la trachée-artère, en sorte que dans beaucoup de cas l'angine couenneuse pharyngienne a pu exister sans être aperçue. Au rapport de M. Guersent, c'est souvent par cette dernière affection que débute le croup chez les enfans à la mamelle; la même marche a été constatée par Chomel et Astruc, chez les enfans au-dessus de sept ans; on l'a observée constamment dans quelques épidémies de croup, et dans les cinq sixièmes des cas de croup sporadique, M. Guersent a vu chez les enfans des plaques couenneuses sur le pharynx et sur les amygdales; en sorte que, bien que différente quelquefois, la marche de la maladie l'est beaucoup moins qu'on aurait pu le croire au premier aperçu, avant et après la puberté.

Il ne sera sans doute pas bien difficile, après ce rapprochement, de justifier le titre de croup donné à nos observations; car quand les différences dans la marche de la maladie observée chez l'enfant et chez l'adulte seraient aussi constantes qu'elles le sont peu, nous ne concevrions pas comment il serait possible de donner deux noms à une maladie qui fait périr de la même manière et par les mêmes organes atteints de la même lésion, et de dire que l'angine couenneuse bornée au larynx et à la trachée-artère ou commençant par eux, est un croup, tandis que celle qui commence par le pharynx ou par les fosses nasales, et se propage ensuite au conduit aérien, n'est pas un croup. Autant vaudrait dire, ce nous semble, qu'une gastrite devenue mortelle, et qui n'aurait dé-

buté qu'à la suite d'une entérite légère, n'est pas une gastrite, par le seul fait de la succession.

La fausse membrane une fois formée dans le larynx et dans la trachée-artère, les symptômes qui l'annoncent présentent encore des différences, chez l'enfant et chez l'adulte. Ainsi, la respiration n'était sifflante que chez un très-petit nombre de nos malades, tandis qu'elle a presque toujours ce caractère chez les enfans : chez eux aussi le son de la voix est généralement plus caractéristique de la maladie. Mais c'est surtout dans les accès de suffocation que se trouve la grande différence du croup observé, à cette époque, dans les deux périodes de la vie qui nous occupent; car tandis que ces accès se répètent fréquemment et pendant un espace de temps assez considérable dans l'enfance, ils sont fort rares chez l'adulte. Cette différence donne en quelque sorte une physionomie particulière à la maladie dans chacun de ces deux âges; et quoique le pronostic paraisse devoir être presque aussi fâcheux et la mort également prompte aux deux extrêmes de la vie, cependant l'affection semble plus cruelle, ses symptômes sont plus alarmans, chez les enfans que chez l'adulte.

Les auteurs qui ont tracé des observations de croup dans l'enfance, citent des cas où la mort est arrivée après quatorze heures de toute maladie. On en trouve un de cette espèce dans le mémoire de M. Lobstein, sur le croup (1), et l'autopsie, jointe à l'heure précise du début, ne laisse aucun doute sur ce point. Nous ne croyons pas que l'angine couenneuse ait jamais eu

---

(1) *Mémoires de la Société Médicale d'Émulation*, 8e vol., pag. 530.

chez l'adulte une marche aussi foudroyante, du moins n'en connaissons-nous pas d'exemple.

Nous sentons d'ailleurs combien il est difficile de faire un parallèle bien satisfaisant du croup, chez des adultes presque tous plus ou moins gravement malades au moment où ils en furent saisis, et chez des enfans sains au début de cette affection ; aussi n'y insisterons-nous pas davantage, en faisant observer toutefois que la différence de situation des sujets au début de la maladie est peut-être une des plus grandes qui existent entre le croup des enfans et celui des adultes.

Si la fausse membrane rétrécit davantage les voies aériennes dans l'enfance que dans l'âge adulte, c'est rarement au point de former un obstacle mécanique à la libre circulation de l'air ; et comme la mort arrive souvent chez les enfans après la sortie des fausses membranes, on a renoncé depuis long-temps à l'expliquer, pour tous les cas, du moins, par l'effet d'un obstacle mécanique à l'entrée de l'air dans les poumons. Nos observations prouvent combien un pareil obstacle doit être rare chez l'adulte où la mort arrive, malgré la largeur du larynx ; et elles doivent porter à croire qu'on a peut-être accordé trop d'influence à l'étroitesse de celui des enfans, sur la production des symptômes du croup.

Ne pouvant expliquer la mort par un obstacle mécanique à l'entrée de l'air dans les poumons, on l'a attribuée à un spasme de la glotte et de la trachée-artère, et cette explication est peut-être tout aussi admissible chez l'adulte que chez l'enfant. N'oublions pas cependant que les symptômes spasmodiques n'ont lieu que quand la fausse membrane tapisse le larynx.

qu'ainsi cette fausse membrane et l'inflammation dont elle est le résultat, en sont toujours la première cause. Ce qu'on observe à l'ouverture des corps est d'ailleurs aussi favorable à cette manière de voir des auteurs que contraire à l'idée de l'asphyxie, à laquelle cependant on a attribué la mort de ceux qui périssent du croup. Ainsi, dans la seule observation de M. Vieusseux, où l'état des poumons ait été indiqué (c'était chez une femme âgée de cinquante-quatre ans), ils étaient engoués comme dans la péripneumonie, c'est-à-dire que le sang qu'ils contenaient avait probablement la couleur qu'il offre habituellement en pareil cas. Les poumons des sept cadavres ouverts par M. Lobstein étaient blancs, exsangues, excepté dans une petite portion de leur partie postérieure. Sur les quatre sujets que nous avons ouverts (Obs. I, II, III, VI), les poumons, malgré la grande variété de leurs lésions, se ressemblaient, comme nous l'avons déjà remarqué, en cela qu'ils étaient tous d'un rouge plus ou moins vif. Or, cet aspect des poumons ne ressemble en rien à celui des mêmes organes sur le cadavre des asphyxiés. Les viscères de l'abdomen n'avaient pas non plus l'aspect qu'on leur attribue dans la mort par asphyxie; en sorte que nous ne voyons pas comment on pourrait soutenir que ceux qui meurent du croup, périssent asphyxiés. Nul doute néanmoins que, dans ces cas, le défaut de respiration n'amène la mort; mais il faut croire qu'alors le cœur et les poumons cessent en même temps leurs fonctions, ce qui empêche l'asphyxie proprement dite d'avoir lieu.

Causes. Nous arrivons à la partie la plus obscure de l'histoire de nos malades. La plupart d'entre eux

(Obs. I, II, V, VIII) éprouvèrent les premiers symptômes de la maladie en août 1823, et jusque-là le temps avait été froid et humide, circonstances qu'on s'accorde assez généralement à regarder comme très-favorable au développement du croup : d'autres en furent atteints au mois de juin de la même année, c'est-à-dire à-peu-près dans les mêmes conditions atmosphériques; enfin, l'homme qui fait l'objet de la troisième observation a succombé à la fin d'octobre 1822, de manière que c'est à-peu-près sous les mêmes influences générales que le croup s'est déclaré chez tous les sujets.

Mais, sous le rapport individuel, nos malades offraient les plus grandes différences relativement à l'âge, au tempérament, aux forces, à l'état de santé ou de maladie dans lequel ils se trouvaient, quand ils éprouvèrent les premières atteintes de l'angine. Les uns étaient d'une constitution forte, les autres d'une constitution faible; ceux-ci paraissaient bien portans, la plupart étaient plus ou moins gravement malades, atteints de typhus (Obs. I, VIII), de gastrite (Obs. III, V), de phthisie au dernier degré (Obs. VI), ou de pleurésie chronique (Obs. II). Néanmoins, ces malades offraient aussi un point de contact qu'il importe de signaler, nous voulons dire une inflammation plus ou moins grave de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins, ou de l'une ou de l'autre isolément, inflammation constatée à l'ouverture des corps. On serait tenté de croire que cette circonstance n'a pas été tout-à-fait étrangère à la production de l'angine couenneuse, et avec d'autant plus de raison qu'il y avait aussi une fausse membrane sur une partie de la

muqueuse de l'estomac d'un de nos malades (Obs. VI). Dans cette hypothèse, l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale pourrait être regardée comme cause excitante de l'angine couenneuse. Mais quand on réfléchit à la fréquence de l'inflammation du tube digestif et à la rareté du croup chez l'adulte, on hésite à croire à une dépendance quelconque entre ces deux affections; de manière qu'ici, comme en mille autres circonstances, les rapprochemens les plus naturels ne servent qu'à faire naître des doutes.

L'examen des causes présente une autre circonstance digne d'attention. Quatre des huit observations que nous avons rapportées, ont été recueillies dans le mois d'août, et deux au mois de juin de la même année. On pourrait par cela seul croire à une influence épidémique, le croup observé six fois chez l'adulte, dans une même ville et dans l'espace de trois mois, étant au moins une chose fort extraordinaire. Ajoutons que cinq de ces six observations ont été recueillies à l'hôpital de la Charité, et qu'en y réunissant deux autres faits du même genre observés à la clinique de M. Lerminier, pendant le même temps, nous avons en somme sept cas de croup chez l'adulte, observés dans le même hôpital, dans le court espace de trois mois; c'est-à-dire davantage probablement que d'exemples d'apoplexie pendant le même temps (1).

---

(1) Nous n'avons recueilli, depuis la présentation de ce Mémoire à l'Académie royale de Médecine, il y a près de trois ans, qu'une seule observation de croup chez l'adulte. Elle est relative à un jeune homme de vingt-sept ans, atteint de phthisie pulmonaire, et qui mourut au huitième mois de cette affection, le 13 septembre 1825. Il avait eu, dans les deux derniers mois de son existence, des douleurs plus ou

Quelques praticiens, et entre autres M. Lobstein et M. Bretonneau, ont mis la contagion au nombre des causes du croup. Le fait rapporté par M. Bretonneau et cité par M. Guersent dans le nouveau Dic-

moins vives à la partie supérieure du larynx, et ces douleurs, accompagnées d'une altération plus ou moins marquée de la voix, devinrent encore beaucoup plus considérables dans les quinze jours qui précédèrent le terme fatal. Dans les cinq derniers l'aphonie fut complète, la respiration sifflante, et de plus un peu gênée, la déglutition difficile et les boissons rendues en partie par le nez, puis l'haleine devint fétide. Le jour de la mort, le cou était plus volumineux qu'à l'ordinaire, on découvrit une fausse membrane sur les piliers du voile du palais; et, à l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes, entre autres choses remarquables, une fausse membrane qui tapissait le pharynx et le commencement de l'œsophage, l'épiglotte, le larynx, la trachée-artère et les bronches du côté droit. Médiocrement adhérente au pharynx, bien davantage à la partie antérieure de l'épiglotte, cette fausse membrane l'était fort peu à la trachée-artère, et moins encore aux bronches, d'où on l'extrayait aisément sous forme de tube; elle était mince comme la muqueuse du colon, sur le pharynx, un peu plus épaisse sur l'épiglotte et dans la trachée-artère, où elle avait fort peu de consistance. La membrane muqueuse des voies aériennes était couleur pelure d'oignon dans la trachée, pâle dans le larynx et sur l'épiglotte, d'un rouge foncé dans tout le pourtour du pharynx, dont la couche musculaire avait une ligne et demie d'épaisseur. Au niveau de la base de la langue, l'épiglotte était épaisse de deux lignes, ce qui provenait de l'altération du tissu sous-muqueux de sa face antérieure, lequel était transformé en une substance légèrement grisâtre, homogène, très-ferme, luisante, cédant par une forte pression quelques gouttelettes de sérosité. Sur cette portion de l'épiglotte la muqueuse était intacte, et elle était presque entièrement détruite en arrière, sur ses parties latérales. Les ulcérations étaient aussi très-nombreuses dans tout le pourtour du larynx, de la trachée-artère et des bronches droites: la muqueuse avait entièrement disparu au-dessous du larynx, dans la hauteur d'un pouce et demi, et dans beaucoup de points la fausse membrane recouvrait les petites ulcérations.

Ici encore une fausse membrane tapissait en même temps les voies aériennes et le pharynx; mais quel a été son point de départ? s'était-

tionnaire de Médecine, nous paraît fort concluant. Celui qu'a raconté M. Lobstein, dans le mémoire précité, a rapport à une petite fille qui, n'ayant pas été exposée aux mêmes influences atmosphériques que sa sœur, déjà malade du croup, en fut prise après avoir joué avec elle, au moment où il était bien développé. L'autopsie cadavérique n'a laissé aucun doute sur l'existence de la maladie, en sorte que ce dernier fait nous semble presque aussi décisif que le premier. Bien que trois de nos malades (Obs. I, II, VIII) aient été successivement atteints de croup dans la même salle, et seulement après un autre individu mort de la même affection dans une salle voisine (Obs. V), nous ne nous croyons pas en droit d'en conclure à la contagion; mais nous signalerons comme pouvant y avoir rapport, un fait que nous avons oublié dans l'histoire de la malade qui fait le sujet de la septième observation, savoir, qu'elle eut les premiers symptômes du croup le jour même que son enfant en mourut.

Traitement. Si, dans le cours de nos réflexions, nous avons tant insisté sur la marche de l'angine

---

elle propagée du pharynx au larynx et à la trachée-artère, ou bien avait-elle suivi une marche inverse? c'est ce qu'il nous est impossible de décider, le pharynx n'ayant été examiné que le jour de la mort, et les symptômes dus aux diverses lésions du conduit aérien s'opposant à ce qu'on puisse fixer avec précision le moment où la fausse membrane du larynx s'est développée.

Si nous réunissons cette observation à cinq de celles qui composent la première partie de notre Mémoire, et que nous avons recueillies nous-même dans le service de M. Chomel, nous aurons six cas de croup chez l'adulte observés dans l'espace de quatre années et demie dans les salles Saint-Jean et Saint Joseph, où ont été reçus pendant cette période deux mille quatre cents malades, parmi lesquels quatre cent cinquante ont succombé.

couenneuse chez l'adulte, c'est que cette connaissance nous a semblé nécessaire à celle des indications curatives. Après avoir vu la maladie se propager si constamment du pharynx au larynx, n'est-il pas naturel en effet de penser que cette tendance à se propager est un de ses caractères les plus essentiels, et ne devra-t-on pas croire, au premier aspect d'une fausse membrane développée sur les amygdales, la luette ou le pharynx, qu'elle aura bientôt gagné le larynx, si rien ne s'y oppose? Dès-lors l'indication est positive, c'est d'empêcher cette propagation par les moyens perturbateurs les plus énergiques. Sans doute les efforts tentés jusqu'ici pour parvenir à ce but n'ont pas été heureux; mais si l'indication se trouve confirmée chaque jour par de nouvelles observations, ce sera un puissant motif de rechercher avec persévérance les moyens de la remplir par des applications topiques dans le voisinage de la fausse membrane, ou à l'intérieur du larynx, au moyen de la vapeur, ou extérieurement par des dérivatifs puissans, ou enfin par l'introduction de quelques médicamens dans les voies digestives.

Quant aux moyens proposés pour déterminer la sortie de la fausse membrane par le vomissement, il convient d'observer que leur emploi, tout rationnel qu'il paraisse, peut être dangereux, puisqu'en sollicitant par des efforts violens la sortie de la fausse membrane, on peut en déterminer le refoulement, amener par cela même l'occlusion des voies aériennes, et causer immédiatement la mort.

Presque tous nos malades ayant succombé, nous n'insisterons pas beaucoup sur le traitement qui leur a été prescrit, lequel se réduit à des saignées locales

plus ou moins répétées pour tous, à l'usage, à haute dose, du mercure à l'intérieur, ou en frictions pour quelques-uns, et aux vésicatoires. C'est à l'expérience à montrer si le but qu'on se propose en administrant le mercure, de détacher la fausse membrane des parties sur lesquelles elle est appliquée, par l'afflux d'une grande quantité de mucus, peut être atteint. Dans cette supposition, il serait peut-être convenable, pendant l'administration du remède, à cause de l'excitation qu'il détermine dans la région cervicale, d'y répéter plusieurs fois l'application des sangsues.

Terminons ce que nous avions à dire au sujet du traitement, en observant combien il serait utile de faire un relevé exact de toutes les observations de croup bien caractérisé, dont les sujets ont échappé à la mort, et de comparer entre elles les méthodes de traitement qui ont été employées. C'est en effet le moyen de savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de ces méthodes et sur celle de beaucoup de médicamens trop vantés peut-être. Autant qu'une lecture attentive de beaucoup d'observations de croup peut nous le faire croire, le résultat de ce travail serait de montrer un nombre à-peu-près égal de succès par les différentes méthodes employées jusqu'ici, et par conséquent que la médecine n'a eu jusqu'à ce jour que bien peu de part aux succès obtenus; mais ce résultat, fût-il tel, n'en serait pas moins précieux, en constatant d'une manière exacte l'état de la thérapeutique sur ce point important.

MÉMOIRE

SUR

LA PÉRICARDITE.

C'est une chose généralement admise aujourd'hui, qu'on ignore les symptômes à l'aide desquels on peut reconnaître la péricardite, au point que M. Laennec, après avoir décrit avec sa supériorité habituelle les caractères anatomiques de cette maladie, convient qu'il l'a quelquefois devinée, mais que dans l'état actuel de la science il n'est aucun moyen d'en établir le diagnostic. Telle était aussi l'opinion de Bayle, et il serait difficile de s'en former une autre, par la lecture attentive des observations consignées dans les ouvrages des auteurs, même les plus récens et les plus justement estimés. Il importe donc de recueillir de nouveaux faits, et de voir si l'obscurité qui règne encore aujourd'hui dans le diagnostic de la péricardite, tient à la nature de cette maladie ou à une observation imparfaite. C'est dans ce but que nous allons exposer l'histoire détaillée de deux cas d'inflammation du péricarde que nous avons observés, et analyser un certain nombre de faits du même genre, rapportés par les auteurs. Ce n'est qu'après avoir dit en quoi pèchent plusieurs de nos observations, que nous exa-

minerons celles des autres, et nous espérons montrer par-là que le seul désir d'être utile nous a conduit à cet examen.

Ire Observation.

Un maçon, âgé de vingt-sept ans, d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte, châtain, velu, n'ayant jamais éprouvé de maladies graves, parfaitement bien conformé, fut admis à l'hôpital de la Charité (salle Saint-Jean, service de M. Chomel), le 11 août 1825. Il était malade depuis sept jours, et au lit depuis trois. L'affection avait débuté, sans cause connue, par une douleur assez vive au côté gauche de la poitrine, à l'épigastre et entre les épaules, de la dyspnée, des palpitations, puis de la diarrhée. Les palpitations avaient disparu au troisième jour, les autres symptômes avaient persisté, et il s'y était joint un peu de toux, l'avant-veille de l'entrée du malade à l'hôpital. Trois heures après le début il avait vomi son déjeuner, puis quelques gorgées de bile, après quoi les symptômes gastriques s'étaient entièrement dissipés : il n'y avait point eu de frissons. Quinze sangsues appliquées à l'épigastre, le quatrième jour, n'avaient amené aucune amélioration dans l'état des symptômes.

Le 12 août, attitude convenable, infiltration légère au bas des jambes, figure un peu violacée, intelligence peu développée, sorte d'embarras dans les réponses, mouvemens difficiles, sentiment de fai-

blesse assez considérable ; saillie, sans infiltration, au côté gauche de la poitrine, bornée, en arrière, par une verticale abaissée du creux de l'aisselle, étendue inférieurement jusqu'au rebord des côtes, et en haut jusqu'à trois pouces de la clavicule : le bruit respiratoire était nul, la pression douloureuse, la percussion de la poitrine entièrement matte dans cette région ; les battemens du cœur étaient sourds, lointains, et souvent douteux ; le pouls fréquent, petit, faible, extrêmement irrégulier, souvent même intermittent ; les veines jugulaires dilatées ; la respiration médiocrement fréquente, un peu haute, le bruit respiratoire naturel, la percussion sonore dans toute l'étendue de la poitrine, à part l'endroit indiqué ; la toux rare, les crachats insignifians. L'épigastre et une partie de l'hypochondre gauche étaient un peu saillans, douloureux à la pression, et ne rendaient pas de son : il y avait eu quatre selles liquides dans les dernières vingt-quatre heures. Le malade ne se plaignait pas, et semblait seulement éprouver du malaise : sa peau était fraîche. (Saignée de ℥ xij, infusion de viol. avec le sirop de gomme, diète absolue.)

On avait à peine tiré six onces de sang, qu'il y eut une défaillance ; on ferma la veine, et la douleur étant devenue assez vive, dans la soirée, à la région précordiale, on y appliqua vingt sangsues. Elles procurèrent un écoulement de sang assez considérable.

Le lendemain 13, l'état général du malade n'avait pas changé d'une manière sensible, mais la partie de la poitrine dans laquelle on n'entendait pas la respiration, était encore un peu plus étendue en hauteur

que la veille. (Vésicatoire de cinq pouces de diamètre à la région précordiale.)

Le 14, un peu moins d'oppression et d'irrégularité dans le pouls.

Les progrès de l'affection furent lents ; nous observâmes avec soin le malade tous les jours ou tous les deux jours jusqu'au 25 octobre, époque de sa mort, et dans cet espace de près de deux mois nous fîmes les remarques suivantes.

Un érysipèle se déclara, le 16 août, autour du vésicatoire, sans avoir été précédé de symptômes généraux, s'étendit par plaques plus ou moins larges sur toute la surface de la poitrine, puis au bras gauche et dans le flanc correspondant. On supprima le vésicatoire le 19, et le 23 l'érysipèle avait complètement disparu.

Du 16 au 19 août, la dypsnée augmenta sensiblement, le décubitus fut plus ou moins élevé, le malade quelquefois obligé de se mettre à son séant pendant la nuit : les résultats de l'auscultation et de la percussion ne changèrent pas, les battemens du cœur furent toujours extrêmement faibles. Le 5 septembre, le côté droit de la poitrine ne rendait aucun son dans ses deux tiers inférieurs, et le bruit respiratoire était nul dans le même point. A gauche, l'absence de son occupait l'espace indiqué le premier jour, et au lieu de bruit respiratoire, on entendait, dans cette dernière partie, une sorte de sifflement qui diminuait d'intensité en approchant du rebord des côtes. Le 9 octobre, on n'entendait pas la respiration dans la moitié inférieure et postérieure du côté gauche, et la percussion n'en tirait aucun son. Il en était de même

à droite dans la partie correspondante, et nulle part il n'y avait d'égophonie. Les battemens du cœur furent toujours également faibles ou insensibles, le pouls petit, très-irrégulier, plus ou moins fréquent. Deux fois nous le trouvâmes régulier, et chacune d'elles le malade était à son séant, n'ayant ni toussé, ni fait le moindre mouvement depuis quelque temps.

A compter du 5 septembre, la dyspnée fut très-considérable, la respiration fréquente et très-haute, le décubitus élevé, ordinairement assis : quelquefois même le malade était obligé de quitter le lit pendant la nuit, afin de diminuer l'oppression. La toux fut très-rare, les crachats peu abondans, et souvent teints d'un sang noir fourni par la pituitaire.

La figure fut toujours plus ou moins bleuâtre, et cette teinte augmenta beaucoup dans les derniers jours de la vie. Dès le mois de septembre, on l'observa aux membres inférieurs, dont l'infiltration fit des progrès rapides. L'œdème envahit la main et une partie de l'avant-bras gauche, peu après l'entrée du malade à l'hôpital, et les parois de la poitrine, dans les derniers quinze jours seulement.

Les palpitations ne revinrent pas, il n'y eut ni vertiges ni réveils en sursaut.

La langue conserva long-temps l'aspect indiqué, puis elle se nettoya, et devint d'un rouge violet plus ou moins vif. L'appétit commença à se faire sentir le 20 août, et le 24, on accorda deux demi-crêmes de riz au malade. Dans les dix premiers jours du mois suivant, il eut le demi-quart, puis le quart, et enfin la demi-portion; on revint au demi-quart dans le mois d'octobre, mais on fut toujours obligé d'accor-

der quelques alimens au malade, qui menaçait sans cesse de s'en aller, si on le mettait à une diète absolue. Le malaise et l'oppression augmentaient après le repas, duraient trois ou quatre heures, et, comme au premier jour, l'épigastre fut toujours plus ou moins tendu, saillant et sensible à la pression. Jamais il n'y eut de coliques; mais les selles furent plus ou moins liquides, au nombre de trois à quatre en vingt-quatre heures, ou même de huit à dix, dans les premiers jours de septembre et d'octobre.

Les forces se relevèrent un peu dans le cours de septembre, et quatre ou cinq fois le malade alla se promener seul au jardin. Elles s'affaissèrent tout-à-coup dans les cinq derniers jours de la vie. D'ailleurs, à part la diminution des forces et la dyspnée, le malade ne se plaignit de rien. Le 25 octobre, jour de sa mort, il était, lors de la visite, à son séant, assoupi, la tête penchée à droite; le soir à quatre heures, au moment du repas, étant toujours à son séant, il demanda sa soupe, et aussitôt il expira.

Le premier vésicatoire ayant été séché à cause de l'érysipèle, on en appliqua un nouveau dans les premiers jours de septembre, toujours à la région précordiale, et sans amélioration sensible. On prescrivit, suivant l'indication, une infusion de violettes nitrée, ou une décoction de riz, également nitrée et édulcorée avec le sirop de coing. Vers la fin d'août, le malade prit une potion gommeuse avec vingt gouttes de teinture de digitale, et comme elle parut lui causer de la pesanteur à l'épigastre, on la remplaça, au quatrième jour, par des frictions faites avec la teinture de la même plante, mais sans aucune espèce d'effet sensible.

Ouverture du cadavre, quarante heures après la mort.

État extérieur. La roideur était considérable, l'infiltration des membres abdominaux, des mains, des avant-bras et des parois thorachiques, très-prononcée; les veines crurales libres. Il n'y avait qu'un petit nombre de vergetures: la couleur de la face était à-peu-près la même que pendant la vie.

Tête. Quelques éraillures de la dure-mère donnaient passage à des granulations opaques nées de l'arachnoïde, le long de la scissure médiane. Les veines cérébrales étaient peu distendues, l'infiltration sous-arachnoïdienne assez épaisse, la substance corticale d'une teinte rose très-légère, d'une bonne consistance; la substance médullaire non injectée, parfaitement saine. Il y avait environ une cuillerée et demie de sérosité dans chacun des ventricules latéraux: le reste de l'encéphale dans l'état naturel.

Cou. Le larynx et l'épiglotte étaient sains; la membrane muqueuse de la trachée-artère était d'un rouge foncé, d'une bonne consistance, offrait, deux pouces au-dessous du larynx, une tache noirâtre de deux lignes de diamètre, sans augmentation d'épaisseur.

Poitrine. Le sternum et les cartilages costaux enlevés, on ne voyait que le péricarde, lequel occupait la plus grande partie de la poitrine, n'était séparé de la plèvre costale du côté gauche, que par un espace d'un travers de doigt en bas, et de deux pouces supérieurement; à droite, l'intervalle n'était guère plus considérable. Le péricarde avait sept pouces et demi de haut, et neuf pouces de large à sa base; sa face antérieure offrait une bande celluleuse per-

pendiculaire, de deux pouces de largeur, correspondant au médiastin, dont les lames avaient subi un écartement considérable. Dans le reste de son étendue, il était recouvert par les plèvres, qui offraient, de part et d'autre, des granulations demi-transparentes assez nombreuses. Il contenait une pinte et demie de sérosité rousse et rougeâtre, un peu louche, et déprimait le diaphragme à son centre : sa face interne présentait des inégalités dans plusieurs points, avait une couleur orangée, était tapissée par une fausse membrane d'une ligne et quelque chose d'épaisseur, ferme et très-adhérente. La surface du cœur était inégale, assez semblable à celle d'un ananas ou d'une pomme de pin. et comme celle du péricarde, d'une couleur jaune et un peu orangée, double aspect résultant d'une fausse membrane, qui, dans l'intervalle des saillies, avait deux lignes d'épaisseur et quatre à cinq au niveau des saillies ellesmêmes. Celles-ci avaient une forme conique et trois lignes de diamètre à leur base. La fausse membrane dont elles faisaient partie offrait deux portions bien distinctes : l'une, profonde, ferme, homogène, d'une ligne d'épaisseur, adhérait au cœur par un tissu cellulaire très-serré; l'autre, superficielle, continue (sans intermédiaire) à la première, d'une couleur jaune verdâtre dans toute son épaisseur, avait une certaine mollesse, une élasticité bien marquée, une structure aréolaire très-prononcée à l'intérieur comme à sa surface. Les aréoles étaient contiguës les unes aux autres, avaient moins d'une ligne de largeur, une couleur plus pâle, une opacité plus parfaite que le reste de la membrane; c'était comme un réseau.

partout continu, dans les mailles duquel se trouvait une substance élastique, de la couleur jaune indiquée. Il n'y avait pas de traces de vaisseaux sanguins dans cette fausse membrane, qui était moins épaisse sur les oreillettes que sur les ventricules. Les inégalités du péricarde dépendaient, comme celles du cœur, d'une fausse membrane à structure aréolaire. Ce viscère était un peu moins volumineux que dans l'état naturel, ses parois avaient une épaisseur et une consistance convenables, ses orifices étaient parfaitement sains. — L'aorte et l'artère pulmonaire n'offraient aucune altération. — Chacune des plèvres contenait une pinte de sérosité claire et citrine. Les poumons étaient libres, à part quelques adhérences celluleuses au sommet de celui du côté droit. Ils étaient refoulés dans la partie supérieure de la poitrine, réduits à un petit volume, moins souples que dans l'état ordinaire, offraient des granulations grises, demi-transparentes à leur sommet, étaient d'ailleurs parfaitement sains. Les bronches étaient pâles et minces près des granulations, comme dans le reste de leur étendue.

Abdomen. Il y avait environ trois pintes de sérosité dans la cavité du péritoine. La membrane muqueuse de l'œsophage était dépourvue d'épiderme, mais d'ailleurs dans l'état naturel. L'estomac n'avait que la largeur du gros intestin, contenait un peu de mucus, offrait à l'intérieur un grand nombre de replis, une couleur rouge plus ou moins foncée; sa membrane muqueuse était partout veloutée, unie, avait l'épaisseur et la consistance qui lui appartiennent. Celle du duodénum était plus rouge encore, et à cela près

parfaitement saine. Dans l'intestin grêle, la rougeur était un peu moindre, à-peu-près uniforme, et, à part les deux premiers pieds, dans lesquels sa membrane muqueuse était légèrement épaissie, elle n'offrait pas d'autre lésion. Celle du gros intestin n'était pas moins rouge dans toute son étendue, était épaissie dans ses deux derniers tiers, avait perdu la moitié de sa consistance dans le premier, et un peu moins dans les deux autres. Les glandes mésentériques étaient un peu rougeâtres. La veine cave inférieure et les iliaques primitives étaient remplies de sang caillé. — Le foie avait un volume convenable, une couleur rouge noirâtre ou bleuâtre à l'extérieur, interrompue par quelques taches moins foncées ou d'une couleur fauve, plus nombreuses au niveau du moyen lobe qu'ailleurs : il offrait le même aspect à l'intérieur, était médiocrement gorgé de sang, avait une fermeté convenable. La vésicule biliaire contenait un liquide noirâtre, très-visqueux, d'une consistance voisine de celle de la mélasse ; ses parois étaient infiltrées et avaient une ligne d'épaisseur. — La rate avait un volume médiocre, une couleur foncée, une fermeté un peu moindre que dans l'état ordinaire; celle des reins était au moins doublée; leur substance corticale avait une couleur lilas, la tubuleuse une teinte rouge-obscur très-foncé. Les autres viscères étaient sains.

Il serait difficile de citer un cas de péricardite plus simple, et dont le diagnostic présentât moins de difficultés. Au début, c'est une douleur vive à la région

précordiale, à l'épigastre et entre les épaules, des palpitations, de la dyspnée : les palpitations cessent après trois jours de durée, la douleur revient plus ou moins vive par intervalles, l'oppression persiste; au huitième jour elle est considérable, le pouls très-irrégulier, la poitrine fait une saillie très-marquée à la région précordiale dans une grande étendue ; dans le même point, le bruit respiratoire est nul et la poitrine ne rend aucun son, tandis que partout ailleurs ce son est clair et le bruit de la respiration naturel. Ces symptômes continuent et acquièrent, pour la plupart, de l'intensité jusqu'à la mort; l'infiltration des membres s'y joint bientôt, leur température baisse graduellement, la dyspnée devient extrême, le malade succombe après deux mois de maladie; et à l'ouverture de son corps on trouve pour lésion principale et presque unique, un épanchement très-considérable de sérosité dans le péricarde, et une fausse membrane très-épaisse à la surface de cet organe et à celle du cœur.

Le rapport des symptômes à la lésion est si évident, qu'il est à peine nécessaire de le faire remarquer; la douleur sentie à l'épigastre, dans le dos et à la région précordiale, répond au siége et à l'étendue de l'inflammation, qui aura sans doute envahi simultanément toute la surface du péricarde et du cœur : la dyspnée et les palpitations tenaient à la même cause, et leur subite apparition indique la promptitude avec laquelle cette cause a agi; l'inégalité à-peu-près constante du pouls supposait une lésion grave de l'organe central de la circulation : ces symptômes réunis convenaient parfaitement à l'inflammation de la membrane sé-

reuse qui enveloppe le cœur, et ce diagnostic fut confirmé par la percussion et l'auscultation, qui indiquaient la présence d'un corps étranger à la région précordiale. Ce corps étranger devait être un liquide, autrement il eût augmenté la force des battemens du cœur, et nous avons vu qu'on les entendait à peine.

La saillie des côtes à la région précordiale est une des circonstances les plus remarquables de cette observation ; car si l'on venait à la retrouver dans d'autres cas analogues, ce serait assurément un des symptômes les plus précieux de l'affection qui nous occupe. Si elle n'a pas été remarquée jusqu'ici, l'attribuerons-nous à sa rareté, ou à ce que la péricardite étant ordinairement méconnue, on n'examine pas la région précordiale à nu? Ou bien encore, faudra-t-il penser que cette saillie était ici un vice de conformation, une disposition morbide, antérieure à l'affection du péricarde? Sans rien décider sur ce fait isolé, nous remarquerons que les côtes et les cartilages costaux du côté gauche n'offraient aucune altération de tissu; que la saillie des côtes à la région précordiale dans la péricardite est un fait analogue à l'élargissement de la poitrine dans la pleurésie, et que par cela même il serait assez naturel d'admettre qu'elle était ici le résultat de l'épanchement du liquide dans le péricarde. Mais c'est à l'observation à vérifier ou à infirmer cette manière de voir.

Quant à la faiblesse d s battemens du cœur, nous croyons pouvoir en trouver la cause moins dans l'augmentation de l'espace qui existe naturellement entre cet organe et les parois thorachiques, que dans l'excès d'épaisseur de ses parois par la fausse membrane qui

le revêtait, puisque les battemens du cœur sont d'autant plus sourds que ses parois sont plus épaisses.

En résumé, la subite apparition d'une douleur assez vive à la région précordiale, accompagnée de palpitations et de dyspnée, l'irrégularité du pouls, l'absence de respiration et de son à la région précordiale, chez un sujet auparavant très-bien portant, tels sont les symptômes qui nous ont fait reconnaître, au premier abord, l'affection qui nous occupe. On ne pouvait les attribuer à une autre maladie du cœur, à l'anévrysme, par exemple, puisque cette maladie se développe avec lenteur, et non subitement, comme c'était ici le cas. Ajoutez qu'à moins de quelque complication, l'anévrysme du cœur ne détermine jamais une absence de son aussi complète et aussi étendue que chez le sujet de cette observation, et que quand il existe un rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique, l'irrégularité du pouls n'est pas ordinairement aussi considérable que dans la péricardite. Nous ne parlons pas des autres affections de poitrine, avec lesquelles il n'eût été possible de confondre celle-ci que par une légèreté impardonnable.

Parmi les symptômes secondaires, ceux qui ont rapport aux fonctions digestives, étaient dans une harmonie parfaite avec l'état des organes et méritent d'être remarqués. La muqueuse gastro-intestinale était rouge dans toute son étendue; mais dans l'estomac elle avait une consistance et une épaisseur convenables, et à part le premier jour de la maladie, il n'y avait eu ni nausées ni vomissemens, ce qui éloigne l'idée d'une affection inflammatoire; car il est à peine besoin d'observer que la douleur éprou-

vée par le malade à la région précordiale et à l'épigastre était le résultat de l'inflammation du péricarde. Toutefois, et il importe de le remarquer, si nous nous fussions contenté de dire dans nos notes que la membrane muqueuse de l'estomac était d'un rouge intense, sans observer en même temps qu'elle avait conservé la consistance et l'épaisseur qui lui sont naturelles, on aurait pu la croire enflammée; mais les détails dans lesquels nous sommes entré ne permettent pas cette supposition, une rougeur inflammatoire aussi vive que celle dont il s'agit, étant toujours accompagnée d'une altération d'épaisseur ou de consistance plus ou moins considérable. Si l'on en excepte une très-petite partie de son étendue, la membrane muqueuse de l'intestin grêle était parfaitement saine sous ces deux derniers rapports; celle du colon était épaissie dans un espace considérable et ramollie dans toute sa longueur, lésions qui résultaient d'un état inflammatoire bien prononcé, et qu'on avait pu prévoir par la diarrhée qu'avait eue le malade pendant long-temps.

L'extrême dilatation du péricarde pouvait produire la toux, ainsi que l'ont pensé de graves auteurs; mais il nous semble plus naturel ici de la rapporter aux granulations développées au sommet des poumons. Quelle que soit d'ailleurs l'opinion adoptée à cet égard, nous rappellerons que les bronches étaient parfaitement saines au voisinage des granulations et ailleurs, en sorte qu'il est impossible d'attribuer ces dernières à leur inflammation. Quant à celles que nous trouvâmes développées sur la partie des plèvres qui recouvrait le péricarde, nous remarquerons

qu'elles coïncidaient avec des productions semblables dans les poumons ; que si l'expérience ne nous eût appris antérieurement la loi de cette coïncidence (1), nous aurions pu examiner les poumons légèrement, les croire sains, et l'écrire, ce qui est sans doute arrivé plus d'une fois en pareil cas. Nous insistons sur ces détails, pour montrer toute l'attention qu'il est nécessaire d'apporter dans l'examen des organes, et combien il est difficile de recueillir convenablement une observation.

La suivante confirmera ce qui précède.

IIe Observation.

Une fille, âgée de quarante-sept ans, d'une petite taille, d'une constitution médiocrement forte, fut admise à l'hôpital de la Charité (salle Saint-Joseph, service de M. Chomel), le 19 octobre 1824. A la suite de chagrins violens, mais momentanés, et à la fin d'un voyage de plus de deux cents lieues, fait à pied dans l'espace de vingt jours, elle avait été prise tout-à-coup, deux heures avant d'arriver à Paris, de palpitations fortes, d'un sentiment de constriction très-pénible à la poitrine, et de douleurs lancinantes quelquefois comparées à celles que produit l'écorchure, à la partie moyenne du sternum. Les palpitations avaient cessé quelques heures après le début,

(1) *Voyez*, dans nos *Recherches sur la Phthisie*, le résumé de la première Partie.

pendant trois jours, après quoi elles étaient revenues plus ou moins fortes; les autres symptômes avaient persisté, l'oppression était devenue chaque jour plus considérable, le décubitus avait été plus ou moins élevé, quelquefois même assis. D'ailleurs, ni céphalalgie, ni étourdissemens, ni lipothymies, ni soif, ni chaleur, ni frissons; anorexie complète dès le premier jour, selles régulières, bouillon pour toute nourriture. Dès le début, les extrémités avaient été froides, la faiblesse considérable, et cependant la malade était venue à pied à l'hôpital, lentement à la vérité, en se reposant plusieurs fois : elle toussait depuis trois jours. Des sangsues avaient été appliquées à la poitrine, sans le moindre succès, puis la maladie avait été abandonnée à elle-même.

Le 20 octobre, vingt-sixième jour de l'affection, figure un peu jaunâtre, exprimant la fatigue et le malaise, décubitus élevé, presque assis; oppression très-forte, pouls un peu étroit, inégal, irrégulier, donnant de soixante-huit à quatre-vingts pulsations par minute; battemens de cœur inégaux et tumultueux, quelquefois accompagnés d'une impulsion peu étendue; poitrine sonore dans tout son pourtour, excepté à la région précordiale où elle rend un son mat dans un espace considérable; douleur dans cette dernière partie; toux par intervalles, crachats insignifians, peu nombreux; respiration moins forte en arrière, dans la moitié inférieure du côté droit, qu'à gauche dans la partie correspondante; crépitation rare et grosse dans le premier point. Langue villeuse et blanchâtre, anorexie, dégoût, sentiment de meurtrissure à l'épigastre, par une légère pression; le reste du ventre

souple et indolent : selles régulières, urine facile. (Vingt sangsues à la région précordiale, infusion de violettes avec le sirop de gom., julep, diète absolue.)

Le lendemain, les résultats de la percussion et de l'auscultation n'avaient pas sensiblement changé, la toux était un peu plus fréquente, le pouls régulier quand la toux n'avait pas eu lieu depuis un certain temps.

Dès-lors jusqu'au 1er novembre, jour de la mort, les symptômes prirent graduellement un caractère plus fâcheux, et bientôt l'oppression devint extrême. Dès le 22, la malade fut fréquemment menacée de suffocation pendant la nuit, et à compter du 25 on la vit toujours à son séant. Elle semblait à tout moment sur le point de succomber, dans les deux derniers jours, tant la dyspnée était grande ; ses traits étaient altérés, sa figure pâle et ordinairement inondée de sueur ; et cependant, au milieu d'une si profonde anxiété, elle avait toute sa connaissance, et huit minutes avant sa mort elle dit à M. Chomel, qu'il était inutile de lui rien prescrire désormais. La douleur éprouvée à la région précordiale et à la partie inférieure du sternum ne fut pas constante, le son y fut toujours également mat ; les battemens du cœur étaient plus ou moins irréguliers, tumultueux, quelquefois réguliers, ordinairement accompagnés d'impulsion. A partir du 25, le pouls fut fréquent, battit successivement cent, cent vingt, cent seize, cent dix fois par minute : toujours faible, ordinairement irrégulier, il était quelquefois régulier, quand la malade n'avait pas toussé depuis quelque temps ; mais il redevenait inégal par le moindre mouvement, la plus légère secousse

de toux. Les palpitations et la dyspnée augmentaient dans les mêmes circonstances. La toux fut peu fréquente, les crachats peu abondans ; ils étaient verdâtres et opaques le 29. Du 24 au 26, la poitrine rendit un son un peu obscur en arrière du côté droit, et, jusqu'au 28, le bruit respiratoire fut faible et mêlé d'un peu de grosse crépitation dans le même point.

La langue fut nette dans les deux derniers jours seulement, l'anorexie constante; il n'y eut ni nausées ni vomissemens, et les selles furent rares.

Le 14, on observa un commencement d'infiltration aux membres inférieurs, et elle augmenta très-rapidement; il en fut de même de leur refroidissement.

Les premières boissons furent continuées. Le 25, on appliqua, sans le moindre succès, un vésicatoire à la partie antérieure de la poitrine; les palpitations devinrent même un peu plus fortes le lendemain. Une saignée de six onces fut pratiquée le 27, et ne produisit qu'un soulagement momentané.

Ouverture du cadavre vingt-trois heures après la mort.

État extérieur. Infiltration assez considérable des membres inférieurs, sans vergetures. Rien autre chose de remarquable.

Tête. Légère infiltration sous-arachnoïdienne : cerveau ferme, substance corticale d'un rose clair; à peine une petite cuillerée de sérosité dans les ventricules latéraux; le reste sain.

Cou. Le larynx et l'épiglotte étaient dans l'état naturel; la membrane muqueuse de la trachée-artère un

peu rose et recouverte d'une petite quantité de mucus.

Poitrine. Le péricarde offrait une surface large presque plane, était très-distendu, contenait plus d'une pinte de liquide rouge brunâtre, un peu louche. Le cœur avait un volume convenable, offrait dans une partie de sa surface, sur le ventricule gauche presque uniquement, des granulations un peu aplaties, d'une demi-ligne à deux lignes de diamètre, brillantes, dures, homogènes, grisâtres, développées dans l'épaisseur et à la surface d'une fausse membrane, qui recouvrait le cœur dans toute son étendue, avait une bonne consistance, un tiers de ligne d'épaisseur environ, n'existait pas à la face interne du péricarde. Les orifices auriculo-ventriculaires, l'aorte et l'artère pulmonaire n'offraient rien de remarquable. — Le poumon gauche adhérait dans quelques points à la plèvre costale, était un peu rouge, mais d'ailleurs sain. Dans sa moitié inférieure, le poumon droit adhérait d'une manière assez serrée aux plèvres diaphragmatique et costale, était pesant, rouge, d'un tissu un peu dense et engoué, d'une médiocre consistance, offrait quelques noyaux hépatisés. Des granulations demi-transparentes assez nombreuses existaient dans toute son étendue. Les bronches étaient dans l'état sain.

Abdomen. L'œsophage n'offrait rien de remarquable. L'estomac était un peu plus volumineux que dans l'état naturel; sa membrane muqueuse plus ou moins rouge, parsemée de taches blanches de trois à dix lignes de diamètre dans sa portion pylorique, couverte de glaires dans une partie de son étendue, partout d'une bonne épaisseur, ramollie dans un peu moins

de la moitié du grand cul-de-sac, de manière à ne pouvoir être détachée par lambeaux dans quelques points. La membrane muqueuse de l'intestin grêle avait une épaisseur et une consistance convenables, une rougeur assez vive dans sa première moitié, puis successivement moindre, de manière que près du cœcum elle avait presque la pâleur qui lui est naturelle. Le gros intestin contenait des matières fécales moulées; sa membrane muqueuse avait une couleur rouge claire dans toute son étendue, une consistance et une épaisseur un peu plus considérables que de coutume. — Le foie était médiocrement gorgé de sang, et n'offrait rien autre chose de remarquable; la bile de la vésicule était médiocrement épaisse; la rate un peu petite, mais saine; les reins dans l'état naturel. La vessie contenait un peu de mucus léger; sa membrane muqueuse avait une couleur rose tendre, la ténuité et la consistance qui lui sont ordinaires. — Le corps de l'utérus offrait, dans l'épaisseur de ses parois, deux tumeurs fibreuses, arrondies, de trois-quarts de pouce à un pouce de diamètre, autour desquelles le tissu de l'organe était sain. Une tumeur semblable, mais plus petite, existait à son col.

Entre cette observation et la précédente, il n'y a, comme on voit, que de bien petites différences, et l'analogie est complète. Et en effet, l'affection débute tout-à-coup par une douleur vive à la région précordiale, un sentiment de constriction à la poitrine et des palpitations; celles-ci sont suspendues pendant les trois jours qui suivent le début, reviennent en-

suite et continuent : le décubitus est très-élevé, l'oppression devient chaque jour plus considérable, et, au vingt-sixième jour de la maladie, on observe, avec ces symptômes. des battemens de cœur tumultueux et inégaux, l'irrégularité, souvent même l'intermittence du pouls, la sonoréité de la poitrine dans toute son étendue, si ce n'est à la région précordiale, qui rend un son mat. Un peu de toux et de crépitation au niveau de la base du poumon droit annonce une légère complication péripneumonique; mais cette complication reste stationnaire, tandis que les symptômes qui dépendent de la péricardite augmentent rapidement. Les membres inférieurs deviennent œdémateux; leur température, qui avait baissé dès le début, décroît dans la proportion des autres accidens; douze jours après son admission à l'hôpital, la malade meurt en pleine connaissance, dans un état de suffocation, au trente-septième jour de sa maladie; et à l'ouverture de son corps on trouve pour toute lésion, en quelque sorte, un peu plus d'une pinte de liquide rougeâtre et louche dans le péricarde, et une fausse membrane assez mince, enveloppant le cœur dans toute son étendue.

Ainsi, à part la saillie de la région précordiale qui n'a point été observée, mais dont nous ne pouvons affirmer ni nier l'existence, cette observation est en quelque sorte la contre-épreuve de la première, et les réflexions faites pour l'une s'appliquent parfaitement à l'autre. La marche de la maladie a seulement été un peu plus rapide ici que dans le cas précédent, mais le caractère des symptômes n'en a pas reçu la moindre atteinte, et nous croyons, par cela même, qu'on

peut considérer comme symptômes caractéristiques de la péricardite, une douleur plus ou moins vive à la région précordiale, survenue tout-à-coup, accompagnée d'oppression et de palpitations plus ou moins fortes, d'inégalités ou d'intermittence du pouls, puis, et plus ou moins promptement, d'un son obscur ou entièrement mat à la région précordiale, le reste de de la cavité thorachique rendant un son clair. Toutes les fois que cet ensemble de symptômes se présentera chez un sujet *auparavant bien portant*, on pourra en conclure l'existence d'une péricardite. Si la douleur venait à manquer, et que les autres symptômes existassent de la manière indiquée, le diagnostic de l'affection n'en serait guère moins sûr; car on ne pourrait balancer qu'entre une péricardite et une hydropéricarde, et cette dernière maladie se développe moins rapidement et sans tout l'appareil des symptômes que nous avons exposés. On conçoit d'ailleurs combien le diagnostic pourrait offrir de difficultés, si la péricardite avait une marche très-chronique, et que les symptômes se développassent avec beaucoup de lenteur; mais c'est à l'expérience à prononcer.

L'œdème et le refroidissement des membres inférieurs rapprochent ces deux observations de péricardite des autres affections du cœur, et forment une nouvelle démarcation entre cette maladie et celles des autres organes.

Malgré la similitude des symptômes, le produit de l'inflammation différait sensiblement dans les deux cas. Dans le premier, la fausse membrane était épaisse, formée de deux parties bien distinctes, quoique intimement unies, tapissait le cœur et le

péricarde : dans le second, elle ne recouvrait que le premier organe, était mince et parsemée de granulations. Il est probable que si l'on eût voulu remonter aux symptômes par l'état des viscères, on serait tombé dans l'erreur, et qu'on aurait pensé que la première fausse membrane était le produit d'une affection aiguë, et l'autre le résultat d'une inflammation chronique. Remarquons encore ici, comme nous l'avons fait dans le cas précédent, que s'il y avait des granulations sur la fausse membrane qui enveloppait le cœur, il y en avait aussi dans un des poumons.

Quant au ramollissement partiel de la membrane muqueuse de l'estomac, si nous en parlons, c'est seulement pour remarquer qu'on l'observe dans beaucoup d'autres affections aiguës ou chroniques, et qu'il n'a rien de particulier aux maladies du cœur.

Nous avons encore reçueilli cinq autres observations de péricardite ; mais sous le rapport des symptômes, trois d'entre elles peuvent être considérées comme nulles, les malades qui en sont l'objet étant morts le jour même ou le lendemain de leur arrivée à l'hôpital, sans avoir pu être examinés convenablement. Des deux autres observations, l'une est relative à une femme morte d'un ramollissement aigu du cerveau, après douze jours de maladie, et qui, au septième de cette affection, eut des palpitations et le pouls très-irrégulier, mais pendant quarante-huit heures seulement. La percussion fut négligée, et, à l'autopsie cadavérique, on trouva l'oreillette droite (et elle seulement) couverte d'une fausse membrane rougeâtre, peu épaisse, d'une médiocre consistance,

huit onces de sérosité sanguinolente dans le péricarde, et autant du même liquide dans la plèvre correspondante. Malgré cette dernière complication (peut-être survenue, comme cela arrive si souvent, dans les vingt-quatre ou quarante-huit dernières heures de l'existence), il est permis de croire que si nous eussions fait une attention convenable à l'irrégularité du pouls, aux battemens inégaux et tumultueux du cœur, puis pratiqué la percussion de la poitrine avec exactitude, nous aurions pu reconnaître la péricardite, bien que l'état du cerveau empêchât la manifestation de la douleur; en sorte que si la maladie a été méconnue, c'est bien moins sa nature qu'il faut en accuser, que l'observateur lui-même. La dernière de nos observations est relative à un phthisique dont le pouls fut extrêmement irrégulier dans les trente jours qui précédèrent sa mort. La percussion de sa poitrine n'ayant été pratiquée qu'une seule fois, ne conduisit à aucun résultat positif, et peut-être ce cas était-il un de ceux où elle ne doit être d'aucune utilité; car, à l'ouverture du cadavre, on ne trouva qu'un peu de sérosité dans le péricarde, trop peu sans doute pour obscurcir le son de la poitrine dans une certaine étendue

Sur sept cas de péricardite aiguë ou sub-aiguë, l'affection a donc existé deux fois sans complication, ou à très-peu de chose près, et elle a été reconnue sur deux des quatre sujets qui ont pu être examinés avec soin. Une observation plus attentive l'aurait fait sinon reconnaître, du moins fortement soupçonner dans le quatrième cas; et dans le cinquième, elle a encore donné lieu à un des symptômes les plus re-

marquables de l'affection, l'extrême irrégularité du pouls. Il semblerait résulter de ce petit nombre de faits, que la péricardite n'est pas toujours une maladie très-difficile à reconnaître, et que si jusqu'alors on a été réduit à la deviner, comme le dit M. Laennec, on doit moins l'attribuer à la nature même de l'affection, qu'à la manière incomplète dont elle a été observée. Ce soupçon nous paraît devenir une certitude, dès qu'on examine avec impartialité les observations des auteurs.

Si, en effet, l'on étudie les trente-six cas de péricardite rapportés par Morgagni, Corvisart, MM. Andral, Bertin, Tacheron, ou consignés dans le *Journal de Médecine* de MM. Corvisart, Leroux et Boyer, et dans la *Revue Médicale*, on en trouve à peine deux dans lesquels les malades aient été convenablement examinés. Les autres sont très-incomplets, soit par la faute de l'observateur, soit parce que les sujets ont été vus à une époque très-voisine de la mort, et se réduisent fréquemment à constater, par l'autopsie cadavérique, l'existence d'une péricardite. Toutefois, si ces observations nous offrent, pour la plupart, peu d'intérêt relativement au diagnostic, elles confirment les symptômes que nous avons indiqués comme caractéristiques de la péricardite, et elles nous seront très-utiles pour éclairer d'autres points de l'histoire de cette maladie.

Neuf des onze observations que nous avons trouvées dans l'ouvrage de Morgagni, sur le siége et sur les causes des maladies (1), sont des exemples de

(1) 16e. Épitre, §. 38; 20e. Épitre, §. 20, 35, 36, 51, 53. (Cette

complication de la péricardite avec la pleurésie ou la péripneumonie simple ou double. Dans sept cas seulement, il est fait mention de la douleur ; dans quatre, son siége a été fixé, deux fois à gauche et deux fois à la partie moyenne de la poitrine ; dans aucun, il n'est parlé de palpitations, et dans cinq seulement, il a été question de l'état du pouls, qu'on a trouvé une fois irrégulier. Sur quoi il est bon d'observer que Morgagni ne note ordinairement l'état du pouls qu'une seule fois, et que s'il l'eût examiné plus fréquemment chez le même sujet, il l'eût peut-être aussi trouvé plus souvent inégal ou intermittent. Deux fois il a parlé de lipothymies, pour noter qu'il n'y en avait pas eu, et il a indiqué la position de trois de ses malades au lit : l'un d'eux était presque toujours à son séant, les deux autres ne pouvaient se coucher à gauche, se tenaient ordinairement sur le côté droit, et dans ce dernier cas il n'y avait pas de complication du côté de la plèvre ou des poumons. C'est exactement à cela que se réduisent, relativement à la péricardite, les symptômes recueillis par Morgagni dans les observations indiquées ; encore faut-il remarquer que le cas où il a noté le plus caractéristique d'entre eux, l'irrégularité du pouls, il n'en a signalé aucun autre de ceux qui tiennent évidemment à l'existence de la péricardite. De semblables observations, il faut en convenir, ne sauraient être d'une grande utilité sous le rapport du diagnostic.

Celles de *Corvisart* sont beaucoup plus complètes,

---

dernière observation est douteuse.) 22e. Épitre, §. 2, 9, 30 ; 24e. Épitre §. 2 ; 38e. Épitre, §. 6.

offrent plus de détails ; mais, comme nous allons voir, ces détails sont encore insuffisans, et dans quelques cas, les symptômes nécessaires au diagnostic de la maladie auraient pu être recueillis.

Des huit observations de péricardite bien constatée, qui se trouvent dans l'ouvrage de ce célèbre médecin sur les maladies du cœur (1), (et parmi elles nous comptons trois de celles qu'il a désignées sous le nom de carditis et fait recueillir sous ses yeux), quatre sont des exemples de complication de pleuro-péripneumonie. La douleur a été indiquée dans trois de ces dernières, toujours à gauche, et deux fois à la région précordiale, bien que, dans un cas, la pleuro-péripneumonie eût lieu à droite. La douleur existait encore dans la même région, chez un autre sujet, dont la péricardite était tout-à-fait simple (2) ; chez les autres il n'en est pas fait mention. Dans un seul cas il a été parlé de palpitations. Le pouls était inégal, irrégulier, ou même intermittent, chez six sujets; un seul eut des faiblesses momentanées : chez trois autres, dont deux sont des exemples de complication de pleuro-péripneumonie, tandis que le troisième est un cas de péricardite simple, l'étouffement et l'anxiété étaient extrêmes.

La percussion de la poitrine n'a été pratiquée que sur trois des huit sujets dont il s'agit, et deux fois d'une manière inexacte. Ainsi, dans la quatrième observation qui offre l'exemple d'une péricardite simple, et la réunion de presque tous les symptômes

---

(1) 2e. Édit., Obs. 1, 2, 3, 4, 6, 37, 38, 39.
(2) 4e. Obs.

que nous avons signalés (la douleur à la région précordiale, l'irrégularité ou l'intermittence du pouls, les faiblesses momentanées, l'étouffement et l'anxiété), Corvisart ayant percuté la poitrine au *sixième jour* de l'affection, dit que le son de cette cavité était obscur dans *toute* l'étendue de son côté gauche. Évidemment il y a ici une erreur de fait, puisque la péricardite étant simple, dégagée de toute espèce de complication du côté des plèvres ou des poumons, la poitrine devait rendre un son clair dans sa partie supérieure; en sorte que le moyen le plus propre à confirmer les soupçons que les symptômes énoncés devaient faire naître, a dû au contraire produire de l'hésitation. Ce seul fait suffit pour montrer toute l'importance qu'il faut attacher à la percussion de la poitrine, *convenablement pratiquée*, dans la péricardite, puisque dans cette circonstance l'usage régulier de ce moyen aurait donné au diagnostic le plus grand degré de certitude.

On objectera peut-être, à l'importance que nous attachons ici à l'usage de la percussion, que la péricardite est souvent compliquée de péripneumonie ou de pleuro-péripneumonie, et qu'alors elle ne saurait être d'aucune utilité, puisqu'il est impossible de savoir si l'obscurité du son observée à la région précordiale est l'effet d'un épanchement dans le péricarde, ou de toute autre cause. Cette objection est juste toutes les fois que la pleurésie et la pleuro-péripneumonie sont doubles, ou existent du côté gauche; mais quand l'une ou l'autre de ces affections a lieu du coté droit seulement, la percussion de la poitrine, à la région précordiale, a la même valeur que dans le cas

où la péricardite est simple. Or, ces cas ne sont pas très-rares; sur dix-sept exemples de péricardite compliquée de péripneumonie, observés par Morgagni, Corvisart et M. Bertin, six sont des cas de pleuro-péripneumonie du côté gauche, cinq de pleuro-péripneumonie double, et les six derniers de pleuro-péripneumonie du côté droit; en sorte que chez le tiers des individus où la complication existait, la percussion pouvait être de la plus grande utilité. Mais douze des trente-six observations qui nous occupent, n'offraient pas de complication pleuro-péripneumonique, en sorte que la percussion de la poitrine pouvait être pratiquée dans ces différens cas avec avantage, et qu'en réunissant ces douze observations aux six autres, on a dix-huit faits de péricardite sur trente-six, dans lesquels ce mode d'exploration devait donner les plus utiles résultats.

On opposera peut-être encore à notre manière de voir, que la percussion ne peut être véritablement utile qu'autant que l'épanchement de sérosité ou de pus dans le péricarde est considérable, et que cela n'a pas toujours lieu. Cette objection, il faut l'avouer, a encore quelque fondement; mais il faut dire aussi qu'il arrive rarement que la quantité de liquide épanchée dans le péricarde ne soit pas assez copieuse pour obscurcir le son de la poitrine dans la région précordiale. Et en effet, sauf trois cas dans lesquels les auteurs dont nous avons parlé ont dit que le péricarde ne contenait qu'une petite quantité de sérosité, ils ont observé dans les trente-deux autres une, deux, trois et quatre livres de liquide dans ce sac membraneux : ou bien, sans indiquer cette quantité d'une

manière aussi précise, ils ont seulement dit qu'elle était considérable; rarement elle n'équivalait qu'à huit ou dix onces, et l'on peut croire que cette dernière quantité est encore suffisante pour produire l'effet dont il s'agit, puisque dans un cas où Corvisart dit n'avoir trouvé qu'*un peu* de liquide trouble dans le péricarde, la percussion pratiquée à la région précordiale au moment de l'ouverture du cadavre produisit un son mat (1).

Qu'on n'oublie pas d'ailleurs qu'il ne s'agit pas de remplacer tous les signes de la péricardite par la percussion, mais seulement d'estimer la valeur de ce moyen, sans lequel, à la vérité, le diagnostic de la péricardite ne nous semble pas susceptible de certitude, quels que soient le nombre et le degré des autres symptômes.

La douleur à la région précordiale a été mentionnée dans trois des sept observations de péricardite que contient l'ouvrage de M. Bertin sur les maladies du cœur (2); le pouls était irrégulier chez un des quatre sujets chez lesquels il a été exploré; il y eut des lipothymies dans un cas, une dyspnée extrême dans trois autres: il y avait complication de péripneumonie chez trois malades: chez un quatrième, la péricardite était parfaitement simple. Il est dit dans ce dernier cas (3) que la poitrine rendait un son mat à gauche: les limites dans lesquelles ce phénomène se trouvait circonscrit n'ont pas été indiquées, en sorte

(1) *Opus cit.*, 6e. Obs.
(2) Obs. 1, 15, 49, 63, 64, 65, 67.
(3) Obs. 64, pag. 240.

que les réflexions faites au sujet de la péricardite simple observée par Corvisart, s'appliquent en partie à celle-ci.

Dans l'observation de M. *Andral* (1), la douleur fut vive et déchirante, rapportée d'abord à la partie moyenne du sternum, accompagnée d'un sentiment de constriction très-pénible (comme si la poitrine eût été serrée dans un étau), d'une anxiété extrême, de l'altération des traits de la face au début; et la percussion de la poitrine, convenablement pratiquée à une certaine époque, confirma les soupçons qu'avaient fait naître les premiers symptômes. D'ailleurs, point de lipothymies ni d'irrégularité du pouls, et les battemens du cœur ne présentaient rien d'insolite.

Les observations qui se trouvent dans l'ouvrage de M. *Tacheron* (2), ou dans les *Journaux de Médecine*,

---

(1) *Cliniq. Méd.*, 2e. vol., Obs. 54, pag. 256. Quand notre Mémoire parut pour la première fois dans la *Revue Médicale*, M. Andral n'avait pas encore publié le troisième vol. de sa *Clinique*. Sans analyser d'une manière rigoureuse les neuf observations de péricardite qu'il contient, nous dirons qu'elles confirment pleinement les résultats de notre analyse. Ainsi, sur huit sujets dont le pouls fut examiné avec soin, il était plus ou moins irrégulier ou intermittent dans cinq cas : un épanchement de sérosité purulente, ou mêlée de beaucoup de sang, existait chez presque tous les individus, était assez considérable pour rendre mat le son de la poitrine à la région précordiale, dans une plus ou moins grande étendue : et la percussion, pratiquée avec soin, mit l'existence de la maladie hors de doute dans plusieurs cas. La douleur ne paraît avoir existé que sur trois des sujets dont l'observation a été recueillie avec le plus d'exactitude : elle était vive, déchirante, s'étendait à-la-fois à la région précordiale et à l'épigastre, comme nous l'avons vu dans notre première observation : enfin, il n'y eut de lipothymie dans aucun cas, bien que dans plusieurs d'entre eux, et dans le premier surtout, la maladie eût marché avec une extrême rapidité.

(2) *Recherches Anatomico-Pathologiques sur la Médecine pratique*,

seraient susceptibles des mêmes réflexions que les précédentes, et nous croyons inutile par cela même de nous y arrêter.

En définitive, les symptômes observés par les auteurs chez les malades atteints de péricardite, et qu'on peut rapporter à cette maladie, sont relatifs à la douleur, à l'état du pouls, aux palpitations, aux lipothymies, à la dyspnée, au décubitus, ou ont été obtenus par la percussion; mais leurs observations étant souvent incomplètes par suite de diverses circonstances, ces symptômes, qu'ils existassent ou n'existassent pas, n'ont été que rarement indiqués. Corvisart et M. Bertin n'ont parlé de la *douleur* que dans la moitié des cas, et son siége était ordinairement à la région précordiale. M. Andral l'a observée vive et déchirante chez le sujet dont il a été question, et deux des trois malades chez lesquels il nous a été permis de nous en informer, l'éprouvaient dans la même région, ce qui semble indiquer que la douleur précordiale existe au moins chez la moitié des individus atteints de péricardite.

L'*état du pouls* a été souvent négligé par Morgagni. Corvisart, qui l'a indiqué dans les huit cas qui se sont offerts à son observation, l'a trouvé inégal, irrégulier ou même intermittent chez six sujets. M. Bertin, qui en a fait mention dans quatre des six exemples de péricardite qu'il a publiés, ne l'a trouvé inégal ou intermittent qu'une seule fois. Il était régulier chez le malade de M. Andral : de manière que sur quinze

---

3e. vol., pag. 227, 236, 231, 233, 234. (Les observations qui se trouvent aux pages 230 et 233 ne sont autre chose que les 1re. et 4e. Observations de M. Corvisart, avec changement du nom des mois.

cas, l'irrégularité ou l'intermittence du pouls a été observée sept fois, ou chez la moitié des sujets; proportion susceptible de varier sans doute, et bien inférieure à celle que nous avons observée nous-même, puisque trois individus sur quatre nous ont offert cette irrégularité du pouls dans tout le cours de la maladie, et que chez le quatrième elle a été très-marquée pendant quarante-huit heures. D'où il suit que l'irrégularité du pouls doit être considérée comme un des symptômes les plus ordinaires de la péricardite, et qu'il est nécessaire, comme nous l'avons déjà observé, de revenir fréquemment à l'examen de la circulation, l'irrégularité du pouls existant quelquefois sans être continue, et pouvant échapper dès-lors au médecin qui n'examinerait pas très-attentivement et tous les jours ses malades.

Les *lipothymies* n'ont été observées que dans deux des trente-six cas dont nous parlons (1). Dans deux autres, il est seulement dit que les malades étaient fréquemment dans un état voisin de la syncope (2). Ce symptôme n'a eu lieu chez aucun des quatre sujets qui se sont présentés à notre observation, et nous nous demanderions comment les lipothymies fréquentes ont pu être considérées par les auteurs comme un des signes de la péricardite, s'il n'était pas trop fréquent de voir la théorie prendre la place de l'observation; car les syncopes sont trop effrayantes pour qu'on puisse supposer que les auteurs aient omis d'en

---

(1) Bertin, *Opus cit.*, Obs. 63, pag. 239.

(2) Corvisart, *Opus cit.*, Obs. 4; et M. Tacheron. *Opus cit.*, 3ᵉ. vol. pag. 227.

tenir compte, dans l'histoire des sujets qui en auraient éprouvé. Dans un cas où la péricardite était compliquée de péripneumonie, la mort est survenue tout-à-coup, pendant la nuit, au moment où l'on s'y attendait le moins (1) : en supposant qu'elle ait été le résultat d'une syncope, et qu'on puisse négliger la complication, dans l'estimation des causes qui l'ont amenée, on aurait, sur trente-six cas, trois exemples de syncope, proportion bien insuffisante, il nous semble, pour mettre ce symptôme au nombre de ceux de la péricardite.

Les auteurs que nous avons cités n'ont parlé de *palpitations* que dans deux cas : elles existaient chez trois des quatre sujets dont nous avons pu recueillir l'histoire. Chez l'un d'eux (Obs. I[ere].), elles ne durèrent que pendant les trois premiers jours; chez un autre (Obs. II[e].), elles furent suspendues immédiatement après le début de la maladie, pendant le même temps; chez le troisième, nous ne les observâmes que pendant quarante-huit heures. On peut croire, d'après ces derniers faits, que les auteurs ont souvent négligé de parler des palpitations, et sans doute parce que ce symptôme est un des moins incommodes et n'attire pas beaucoup l'attention des malades.

Une *dyspnée* plus ou moins forte a existé dans tous les cas; mais on ne saurait la mettre au nombre des symptômes caractéristiques de la péricardite, quel que soit son degré, vu qu'on l'observe, dans toutes ses nuances, dans les autres maladies de poitrine. On conçoit néanmoins que l'oppression aurait quelque

---

(1) *Revue médicale.*

valeur et devrait fixer l'attention du médecin, si elle survenait tout-à-coup, et qu'il n'y eût point de signe d'affection aiguë des poumons.

La *percussion* de la poitrine n'a été pratiquée que dans un petit nombre de cas, ce qui ne nous a pas empêché d'apprécier son importance dans la péricardite.

Ainsi, comme nous l'avons dit plus haut, les observations des auteurs, quoique incomplètes pour la plupart, confirment ce que nous avons cru pouvoir avancer d'après les nôtres, savoir : que la péricardite est caractérisée par une douleur à la région précordiale, quelquefois étendue au dos et à l'épigastre, survenue tout-à-coup, accompagnée d'une oppression plus ou moins forte, et dans certains cas, mais dans un rapport indéterminé, de palpitations; par l'irrégularité et l'intermittence du pouls, et principalement par l'absence de son à la région précordiale, le reste du côté gauche de la poitrine étant parfaitement sonore. A ces symptômes se joignent quelquefois la syncope, et plus ou moins fréquemment l'infiltration des membres, qui n'a probablement lieu que quand la maladie n'a pas une marche très-rapide : elle existait dans les deux observations que nous avons rapportées. M. Bertin dit positivement qu'elle n'avait pas lieu dans l'exemple de péricardite aiguë simple qu'il a observé. Il n'en est pas fait mention dans l'observation analogue de Corvisart, ni dans celle de M. Andral dont le sujet périt très-rapidement : mais quand ce symptôme survient, comme il est propre aux maladies du cœur, il doit fixer l'attention et faire soupçonner une affection de cet organe, ou confirmer son diagnos-

tie, si déjà elle avait été reconnue. Il résulte encore de ce que nous avons dit de la fréquence des cas dans lesquels la douleur précordiale et l'irrégularité du pouls existent, et de ceux dans lesquels il doit y avoir absence de son à la région précordiale, que la péricardite peut être reconnue chez la moitié des sujets environ, et que chez plusieurs de ceux où elle est dégagée de complication de péripneumonie ou de pleurésie, son diagnostic ne présente guère plus de difficultés que celui de la pleurésie la mieux dessinée.

Si la plupart des observations des auteurs nous laissent dans l'ignorance des symptômes de la péricardite, elles nous instruisent bien moins encore de sa *marche*. Déjà l'obscurité de son diagnostic, fait qu'il serait peut-être impossible de citer une histoire exacte et certaine de cette affection terminée par le retour à la santé, et que la science est dépourvue de matériaux capables de faire soupçonner la marche des symptômes, dans ce cas. Et d'un autre côté, quand la maladie a eu une terminaison fâcheuse, et qu'elle a été compliquée de pleurésie ou de péripneumonie (ce qui est le plus fréquent), il est impossible de démêler tous les symptômes qui appartiennent à la complication ou à la maladie du cœur, et de savoir quand la péricardite eût ou n'eût pas été mortelle, sans cette coïncidence. Restent donc, sous le point de vue qui nous occupe, les cas dans lesquels la péricardite est survenue dans le cours d'une maladie très-chronique, abdominale par exemple, et ceux dans lesquels elle existait à l'état de simplicité : dans cette dernière supposition, on peut croire, d'après les deux faits rapportés par Corvisart, M. Bertin, et ceux que nous avons placés en

tête de ce mémoire, qu'en général la maladie débute avec assez de violence, que la plupart des symptômes qui l'annoncent perdent assez promptement de leur intensité, et que la mort n'arrive que du vingt-quatrième au quatre-vingtième jour environ, à compter du début.

Il est plus facile de déterminer le pronostic, et surtout la fréquence de la péricardite, que la plupart des autres points de son histoire. Relativement à *sa fréquence*, la question est purement anatomique, car la péricardite laisse nécessairement des traces, savoir : des adhérences quand sa terminaison a été heureuse, et des fausses membranes, avec une certaine quantité de liquide clair ou puriforme dans le péricarde, quand sa terminaison a été funeste ; en sorte qu'il suffit presque de consulter les auteurs qui ont fait des ouvertures de cadavres, pour savoir à quoi s'en tenir à cet égard ; et c'est ce que nous avons fait. En parcourant les ouvrages de Morgagni, Corvisart, Bayle ; ceux de MM. Laennec, Bertin, Andral, Rostan, Rochou, Prost ; le *Journal de Médecine* de MM. Corvisart, Leroux et Boyer ; le *Nouveau Journal*, *les Archives* et la *Revue Médicale*, nous avons rencontré douze cent soixante-trois cas dans lesquels il a été fait mention, à l'ouverture des corps, de l'état du cœur ; et sur ce nombre, outre les trente-six faits de péricardite dont nous avons parlé plus haut, nous avons trouvé soixante-dix cas d'adhérence du péricarde au cœur ; c'est-à-dire, que sur douze cent soixante-trois individus, cent six, ou un douzième, avaient été atteints de péricardite à une certaine époque de leur existence ; proportion considérable, et

trop forte sans doute, vu que dans un assez grand nombre de cas, les auteurs, et surtout Morgagni, n'ont pas fait mention du cœur, et qu'alors c'est peut-être moins parce qu'ils ne l'avaient pas examiné, que parce qu'ils l'avaient trouvé sain. A quoi l'on pourrait encore ajouter, que notre relevé a été fait d'après des ouvrages dont quelques-uns sont spécialement consacrés aux maladies du cœur, et dans lesquels les exemples de péricardite et d'adhérence du péricarde au cœur ont été accumulés.

Cette manière de voir semble d'ailleurs confirmée par les faits qui nous sont propres; car ayant examiné le cœur de tous les sujets que nous avons ouverts, nous n'avons trouvé, sur quatre cent quarante-trois cas, que sept exemples de péricardite, et onze d'adhérence du péricarde au cœur; c'est-à-dire qu'un sujet seulement sur vingt-trois avait été atteint de la maladie qui nous occupe; proportion moindre de moitié que celle qui résulte de l'examen des observations fournies par les auteurs. Ajoutons que parmi ces dernières, celles qu'on trouve dans les journaux de médecine sont au nombre de deux cent soixante-trois; que parmi ces cas rassemblés sans choix, on ne trouve que treize exemples de péricardite ou d'adhérence du péricarde au cœur, c'est-à-dire un vingtième seulement des sujets ayant eu une péricardite; proportion qui se rapproche beaucoup de celle qui résulte de nos propres observations, et qui doit sembler d'autant plus voisine de la véritable, que dans nos observations, comme dans celles des journaux, il n'a été fait, comme nous l'avons dit, aucun choix, et qu'on a examiné le cœur

chez tous les sujets. Réunissant ces deux cent soixante-trois faits à ceux que nous avons recueillis, nous avons six cent soixante-dix cas dans lesquels trente-un sujets ont été atteints de péricardite, ou un vingt-troisième environ.

Nous ne saurions déterminer le *pronostic* ou le danger de cette affection, avec la même exactitude que sa fréquence, bien que ces deux points reposent en partie sur la même base. En effet, des cent six observations qui viennent d'être indiquées, soixante-dix sont des exemples d'adhérence du péricarde au cœur, c'est-à-dire, de cas dans lesquels la maladie s'est terminée par le retour à la santé ; ce qui semblerait porter la proportion des morts au tiers des individus. Mais ce rapport est évidemment trop considérable, puisque dans la plus grande partie des cas où la mort est survenue avant l'adhérence, la péricardite était compliquée d'une affection grave, qui aurait certainement eu pour plusieurs sujets, une terminaison fâcheuse. En supposant donc, ce qui peut-être ne s'éloigne pas beaucoup de la vérité, que la moitié de ces trente-six sujets ait succombé à la péricardite principalement, il en résulterait que cette affection n'aurait été mortelle que dans la sixième partie des cas.

Ses *causes* ne sont pas une des parties les moins obscures de son histoire : cependant nous pouvons compter parmi les prédisposantes, le sexe et l'âge. Des cent six sujets qui ont présenté des adhérences du péricarde au cœur, ou des traces de péricardite avec épanchement, vingt-sept seulement, ou la quatrième partie, appartiennent aux femmes : et relativement à l'âge, trois des trente-six sujets morts avant l'adhé-

rence du péricarde au cœur, n'avaient pas encore atteint leur vingtième année; quinze avaient de vingt à trente ans, quatre de trente à quarante, trois de quarante à cinquante, cinq de soixante à soixante-dix; de manière que c'est pour ainsi dire aux extrêmes de la vie, de dix-sept à trente ans et de cinquante à soixante-dix, que cette affection s'observe le plus fréquemment. Nous ignorons dans quelle proportion elle existe au-dessous de dix-huit ans, mais elle peut se développer dans les premières années de la vie : ainsi M. Laennec a trouvé sur un petit nègre, âgé de six ans (1), des adhérences du péricarde au cœur, et dernièrement, un de nos amis, M. le docteur Boudard, a ouvert un enfant de sept mois auquel il avait donné des soins, et qui avait succombé en quelque jours à une péricardite.

On peut encore croire avec quelque vraisemblance que les affections du cœur ont quelque influence sur la péricardite; car sur les douze cent soixante-trois observations dont nous avons parlé, on trouve cent soixante-sept cas de maladies plus ou moins graves de ce viscère, et dans ce dernier nombre, quatre exemples de péricardite aiguë, et neuf, d'adhérence du péricarde au cœur; c'est-à-dire que la treizième partie des individus atteints d'hypertrophie du cœur, avec ou sans dilatation des cavités, etc., etc., avait éprouvé, à une époque plus ou moins rapprochée ou éloignée de la mort, une inflammation du péricarde; proportion bien supérieure à celle que nous avons cru devoir adopter en général.

---

(1) *Traité de l'Auscult.*, 1er. vol., pag. 426.

Les causes excitantes sont inconnues dans la plupart des cas ; les auteurs dont nous avons parlé n'en font mention que sur deux sujets. L'un avait reçu un violent coup de poing à la région précordiale, quinze jours avant le développement des symptômes (1) ; l'autre avait couru plusieurs jours de suite la poste à cheval (2). C'est après avoir éprouvé des chagrins très-vifs, et à la fin d'un voyage de long cours, fait à pied (deux cent dix lieues en vingt jours), que la femme qui est l'objet de notre seconde observation, fut prise de douleurs, de palpitations et des autres symptômes de la péricardite. Il est extrêmement probable que dans ces trois cas les circonstances qui ont précédé la manifestation des accidens n'ont pas été étrangères à leur développement. On peut encore croire, à raison de la complication si fréquente de la péricardite avec la pleurésie et la péripneumonie, qu'elle reconnaît les mêmes causes que ces dernières affections, et est influencée par elles. La première de ces conjectures est d'autant plus vraisemblable, que la péricardite est, comme la péripneumonie, beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et comme nous l'avons vu, dans la proportion de quatre à un. Mais combien de fois la péripneumonie elle-même survient sans cause appréciable !

Si, comme nous l'avons dit plus haut, il n'y a peut-être pas d'exemple de péricardite bien avérée, ou reconnue pour telle pendant la vie, dont la terminaison ait été heureuse, il est évident qu'on ne sait

---

(1) Corvis., *Opus cit.*, Obs. 4.
(2) Berlin, *Opus cit.*, Obs. 63.

rien de positif sur le *traitement* plus ou moins anti-phlogistique qui lui convient : aussi nous contenterons-nous d'observer à ce sujet, que chez les deux malades dont nous avons donné l'histoire, le pouls, généralement irrégulier, devenait quelquefois régulier quand les malades étaient calmes depuis un certain temps, reprenait son irrégularité ordinaire par le moindre mouvement, la toux la plus légère, et qu'on peut croire, d'après cela, que le repos le plus absolu est une des principales conditions du traitement de l'affection qui nous occupe.

Terminons par quelques remarques sur l'*état anatomique du cœur et du péricarde*, chez les sujets qui ont succombé ou échappé à la péricardite.

Nous avons déjà dit que dans trois des trente-six observations des auteurs, l'épanchement de sérosité dans le péricarde avait été très-peu considérable, et que dans les autres il avait été d'une à quatre livres, rarement de huit à dix onces; d'où l'on peut conclure que la péricardite donne presque constamment lieu à l'accumulation d'une grande quantité de liquide dans le péricarde. Ce liquide n'est autre chose, dans quelques cas, qu'une sérosité limpide ou sanguinolente, ou même d'un rouge très-vif; dans d'autres, elle est trouble, mêlée de pus ou de flocons albumineux; chez plusieurs sujets, la matière de l'épanchement a tout-à-fait l'apparence du pus. Sur trente-sept cas, dans lesquels la nature apparente du liquide a été suffisamment indiquée (et nous y comprenons nos propres observations), il était séro-sanguinolent cinq fois, la fausse membrane ayant plus ou moins de mollesse ou de fermeté; neuf fois il était tout-à-fait séreux, quinze

fois séro-purulent, et sept fois il semblait un véritable pus.

Une fausse membrane, plus ou moins ferme et épaisse, tapisse ordinairement le péricarde et le cœur; quelquefois néanmoins elle n'existe que sur l'un des deux (Obs. IIe.), ou même sur une partie du cœur seulement. Ainsi, nous l'avons vue bornée à l'oreillette droite dans un cas, ce qui n'a pas empêché, comme il a été dit, les palpitations et l'irrégularité du pouls d'avoir lieu pendant deux jours. Les auteurs ont souvent négligé de dire si la fausse membrane tapissait à-la-fois le péricarde et le cœur, en sorte que nous ne saurions indiquer dans quelle proportion le fait a lieu.

Cette fausse membrane est quelquefois mince et parsemée de granulations (Obs. IIe.); le plus souvent elle est épaisse, et alors il n'est pas rare de la trouver inégale, comme mamelonnée, ayant l'aspect de l'ananas ou d'une pomme de pin : dans ce cas elle est composée de deux parties; l'une, interne, immédiatement appliquée sur le cœur, ferme et semblable à toutes les autres fausses membranes; l'autre, externe, continue à la première, ayant une structure aréolaire très-remarquable et un certain degré d'élasticité; disposition qui était extrêmement marquée, comme nous avons vu, chez le sujet de notre première observation. Dans quelques cas, on voit des filamens albumineux passer du péricarde au cœur et unir les deux fausses membranes. Ces filamens, qui semblent indiquer la marche de la nature dans la production des adhérences, ne présentent pas toujours les mêmes dispositions; chez quelques sujets (nous en avons

observé un exemple), on en voit seulement près du point d'union du péricarde au cœur; chez d'autres, les filamens traversent la matière de l'épanchement dans différentes directions. Les cas dans lesquels il n'y a de fausse membrane que sur le cœur ou sur une de ses parties, ne sont probablement pas suivis d'adhérences quand la maladie a une terminaison heureuse, et fournissent peut-être une explication assez plausible de ces plaques blanches qu'on observe si souvent à la surface du cœur, et qu'on en détache quelquefois très-aisément, sans toucher à la membrane séreuse qui est au-dessous (1).

Celle-ci est ordinairement saine; parfois néanmoins elle a perdu sa transparence, est plus ou moins louche et légèrement épaissie; mais cet épaississement n'est jamais considérable, et c'est avec raison qu'on regarde comme une erreur de fait, ces cas dans lesquels le péricarde aurait eu deux, trois lignes et quelquefois plus, d'épaisseur. Évidemment on aura confondu le péricarde avec la fausse membrane qui le tapissait.

Les *adhérences* du péricarde au cœur présentent quelques variétés. Le plus ordinairement elles sont générales, de manière que sur les soixante-dix cas dont il a été question, dix seulement sont des exemples d'adhérences partielles. Chez deux sujets elles existaient à la face postérieure et inférieure du cœur; chez deux autres, à sa pointe; chez un cinquième,

---

(1) Dans cette supposition, la péricardite partielle serait beaucoup plus fréquente qu'on ne pense; et ce que nous avons dit jusqu'ici ne serait juste que des péricardites plus ou moins générales.

entre l'oreillette droite et le péricarde seulement; chez un sixième, au pourtour de la base du cœur. Chez les autres, les points d'adhérence n'ont pas été déterminés avec précision. Dans la plupart des cas, les adhérences avaient lieu au moyen d'un tissu cellulaire serré, fin et facile à détruire; plus rarement ce tissu était ferme et très-résistant, ou bien, disposé par petits faisceaux plus ou moins éloignés les uns des autres, de deux à six lignes de longueur. Chez la dixième partie des individus, dix fois sur soixante-dix, les adhérences avaient lieu au moyen de fausses membranes plus ou moins denses et épaisses.

Avec ces adhérences se trouvent quelquefois des *ossifications* plus ou moins étendues. Les ouvrages de MM. Bertin, Laennec, Prost et Tacheron, les Archives générales de Médecine, en fournissent des exemples. Dans les deux observations de MM. Bertin (1) et Laennec (2), l'ossification s'était développée au-dessous de la membrane séreuse qui tapisse le péricarde et le cœur. Il en était de même dans les deux cas rapportés par M. Tacheron (3), et à ce qu'il semble aussi, dans celui qu'on trouve dans les Archives (4). Dans l'observation de M. Prost, la plaque osseuse faisait saillie dans le tissu même du cœur, et le lieu de son développement n'a point été indiqué (5). Nous avons aussi observé sur deux sujets l'ossification dont il s'agit, et, dans ces deux cas, son

(1) *Opus cit.*, pag. 262.

(2) *Opus cit.*, 2ᵉ. vol., pag. 398.

(3) *Opus cit.*, 3ᵉ. vol., pag. 257, 261.

(4) *Arch. Génér. de Méd.*, 1ᵉʳ. vol., pag. 521.

(5) *Médic. Ecl.*, 1ᵉʳ. vol., pag. 140.

siége était différent de celui qui vient d'être rapporté. Dans l'un, la lame osseuse était peu étendue, placée à la partie postérieure du ventricule gauche et près de son bord obtus; elle était triangulaire, avait à sa base (qui était parallèle à celle du cœur) un pouce et demi de large et moitié de cette dimension en hauteur; les angles formés par la base et les côtés du triangle se terminaient par des cordons fibreux, de deux lignes de large sur dix de long, qui adhéraient d'une manière intime au péricarde. Entre ces deux extrémités, l'adhérence avait lieu, du côté du péricarde, au moyen d'un tissu cellulaire facile à rompre, et du côté opposé, par une substance semi-cartilagineuse, qui se continuait, sans intermédiaire, avec le tissu du cœur. Dans l'autre cas, l'ossification formait un cercle complet situé à la base de ce viscère, large de deux pouces environ, au niveau de l'oreillette droite, d'un pouce seulement dans le reste de sa circonférence, et d'une ligne, plus ou moins, d'épaisseur. Ce cercle, qui rappelait la forme du cartilage cricoïde, empiétait sur les ventricules, d'un demi pouce seulement, était recouvert d'une lame mince, de tissu blanc, opaque, semi-cartilagineux, adhérait au péricarde et au cœur au moyen d'un tissu filamenteux, dense, rougeâtre, épais, comme charnu, qui maintenait aussi l'adhérence du péricarde au cœur dans le reste de leur étendue; de manière que le cercle osseux semblait s'être développé au milieu d'une fausse membrane qui, par suite d'un travail particulier, aurait subi la transformation indiquée. D'ailleurs le volume du cœur était un peu moindre que dans l'état naturel, et son tissu parfaitement sain.

Le malade sur le cadavre duquel nous avons trouvé l'adhérence et le cercle osseux dont il s'agit, avait depuis dix ans une maladie du foie et de la rate qui étaient devenus très-volumineux : ses poumons offraient des adhérences universelles, et dans la moitié inférieure de celui du côté droit, l'adhérence avait lieu au moyen d'une fausse membrane de trois à six lignes d'épaisseur, d'une structure analogue à celle des substances inter-vertébrales : il avait eu de l'oppression pendant les quatre dernières années de sa vie; son pouls fut toujours régulier; il n'eut ni palpitations, ni douleur à la région précordiale pendant deux mois et demi qu'il fut soumis à notre observation ; en sorte qu'il ne nous a réellement fourni aucun symptôme qu'on puisse rapporter à l'adhérence du péricarde au cœur, ou à l'ossification dont il s'agit, l'état du poumon droit et le développement de l'abdomen suffisant pour expliquer l'oppression. Des sept autres malades après la mort desquels nous avons trouvé l'adhérence du péricarde au cœur, trois sont venus trop tard à l'hôpital pour être convenablement examinés, et l'histoire la plus détaillée des quatre autres ne nous offre aucun phénomène que nous ne puissions attribuer à leurs maladies principales, phthisie, anévrysme du cœur, etc. Ce résultat négatif est à-peu-près celui auquel a été conduit Morgagni dans sa vingt-troisième Épître, par l'examen des observations recueillies avant lui, et des siennes propres. Toutefois, et sans chercher davantage à approfondir cet objet, nous dirons qu'une des observations de M. Laennec (1) est relative à un homme de soixante-

(1) *Opus cit.*, 2e. vol., pag. 398.

six ans, qui eut pendant les quinze dernières années de son existence de l'oppression et souvent de l'enflure aux jambes, bien qu'on n'ait trouvé après sa mort d'autres lésions qu'une adhérence du péricarde au cœur, et une incrustation osseuse entre les feuillets séreux et fibreux du péricarde. Il en a été de même dans deux cas fort remarquables, observés par M. Bertin : l'un était l'exemple d'une adhérence sans ossification (1) ; l'autre, d'une adhérence avec cette complication (2) : dans ces trois cas le pouls était plus ou moins irrégulier ou intermittent, la dyspnée plus ou moins ancienne à la mort des sujets. Il n'y avait pas eu d'autres symptômes remarquables.

---

(1) *Opus cit.*, Obs. 68.

(2) Obs. 71.

DE LA

COMMUNICATION DES CAVITÉS DROITES

AVEC

LES CAVITÉS GAUCHES DU CŒUR.

Sur quatre cent cinquante sujets qui ont succombé depuis quatre ans et demi à des affections de différente nature, dans les salles Saint-Jean et Saint-Joseph de l'hôpital de la Charité, deux offraient l'exemple de la communication des cavités droites avec les cavités gauches du cœur. Nous avons comparé ces faits avec plusieurs autres du même genre qui ont été recueillis par les auteurs; et comme le résultat de cette comparaison n'est peut-être pas sans intérêt, nous croyons utile de le faire connaître, et afin qu'on puisse savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de nos conclusions, de donner, par extrait, les observations sur lesquelles elles reposent. Nous hésitons d'autant moins à le faire, que nous ne connaissons pas de travail du même genre, et que les faits qui y sont relatifs étant plus ou moins disséminés, il est commode de les trouver réunis en certain nombre, sous une forme abrégée. Nous disons, en certain nombre, car nous n'avons pas puisé à toutes les sources, à beaucoup près; mais à raison de leur variété, les faits que nous allons rapporter nous semblent suffire pour donner une idée juste de la lésion

dont il s'agit, et des principales circonstances anatomiques qui s'y rattachent.

Ces observations, au nombre de vingt, sont divisées en cinq sections, d'après l'état de simplicité ou de complication de la communication des cavités du cœur. La première renferme les exemples de persistance du trou botal; la seconde, ceux de perforation de la cloison des ventricules; la troisième, ceux de persistance du canal artériel réunie à l'une ou à l'autre des deux précédentes lésions; la quatrième offre des cas de communication au moyen du trou botal et de la perforation de la cloison ventriculaire; la cinquième enfin, des exemples de ces mêmes perforations unies à d'autres vices de conformation du cœur.

Nous avons placé sous les n°. 4 et 10, avec tous les détails qu'il nous a semblé nécessaire de conserver, les deux observations que nous avons recueillies nous-même, tandis que nous avons retranché de celles qui ont déjà été publiées, tout ce qui n'était pas indispensable à l'objet de ce mémoire.

PREMIÈRE SECTION.

Communication des oreillettes au moyen du trou botal.

Ire Observation. Un jeune homme, d'une sensibilité très-vive, sujet à des évanouissemens fréquens et à des tremblemens convulsifs, avait, depuis dix ans, les lèvres et la peau d'une couleur plus ou moins violette, suivant les impressions qu'il ressentait, son attitude, ses mouvemens, la difficulté plus ou moins grande de la digestion, quand il mourut à l'âge de dix-huit ans, à la suite d'une fièvre grave.

On trouva, quand on fit l'ouverture de son corps, la peau d'un brun pâle dans toute son étendue; le cerveau très-injecté, la trachée-artère uniformément rouge, les poumons d'une couleur semblable et très-foncée, les parois du ventricule gauche du cœur épaisses de trois lignes, celles du droit beaucoup plus; l'oreillette droite un peu plus volumineuse que dans l'état ordinaire, la fosse ovale percée d'un trou de la largeur d'une lentille; la membrane muqueuse de l'intestin grêle d'un rouge intense, et le foie rose-pâle à l'intérieur. Il n'y avait pas d'œdème. (Fragmens pour servir à l'Histoire de la Médecine en France, par J.-J. Moreau de la Sarthe, 1812, pag. 45.)

IIe Observation. Une jeune fille qui n'avait pas quitté le lit depuis sa naissance, ayant la peau d'une couleur livide et la respiration très-gênée, mourut à l'âge de seize ans.

On trouva, à l'ouverture de son corps, le ventricule droit du cœur élargi et épaissi, l'oreillette droite deux fois plus volumineuse et épaisse que la gauche, le trou ovale ouvert et pouvant admettre le doigt; les valvules sygmoïdes de l'artère pulmonaire cartilagineuses et tellement unies par leur bord libre, qu'elles laissaient à peine, au passage du sang, un trou de la largeur d'une lentille. (Morgagni, *de sedibus et causis morb.*, epist. XVII, art. XII.)

IIIe Observation. Un homme âgé de quarante-neuf ans, accablé de tristesse et de misère, fut admis à l'hôpital Saint-Louis, offrant tous les symptômes du scorbut au troisième degré, un peu de toux, une faiblesse ex-

trême et un état apathique très-remarquable. Le traitement anti-scorbutique fut employé sans succès pendant un mois; puis la toux devint continuelle et incommode, la figure bouffie, les lèvres prirent une couleur violette, tous les symptômes des maladies du cœur se manifestèrent, et au quinzième jour de cette seconde période, le malade mourut dans une sorte d'asphyxie.

A l'ouverture de son corps, on trouva la cavité droite du cœur et l'artère pulmonaire extrêmement dilatées, sans amincissement de leurs parois; le trou botal encore existant avec sa forme arrondie, sans déchirure, du diamètre de dix lignes environ ; le cerveau sain, les poumons parsemés d'un grand nombre de granulations. (*Nouveau Journal de Médecine*, vol. 6, pag. 223, observation recueillie par M. Bouillaud, alors élève interne de l'hôpital Saint-Louis.)

IVe Observation. Une couturière âgée de vingt-huit ans, d'une constitution peu forte, était malade depuis plus de sept années, quand elle vint à l'hôpital de la Charité, le 24 juillet 1825. Elle attribuait sa maladie à une frayeur violente qu'elle avait eue en revenant du bois de Boulogne en 1818, et qui avait été suivie d'une dyspnée subite, avec une diminution si considérable des forces, qu'elle n'avait pu continuer sa route. L'oppression, loin de disparaître, avait fait ensuite des progrès continuels, des palpitations s'y étaient jointes au septième mois, souvent accompagnées de douleurs lancinantes à la région précordiale. A partir de la troisième année, le sommeil avait été troublé par des rêves pénibles et des réveils en sursaut; il y avait eu par intervalles et pour quelques jours seulement, un peu d'œdème

autour des malléoles, et depuis quatre mois le volume du ventre était considérablement augmenté, les membres inférieurs œdématiés dans toute leur étendue, les forces très-diminuées, en sorte que le malade n'avait pu se livrer à aucune espèce d'occupation. L'appétit s'était toujours assez bien conservé, il y avait eu quelquefois un peu de dévoiement et de légères hémoptysies, pour lesquelles on avait toujours appliqué des sangsues à la région précordiale et à l'anus. Les règles étaient entièrement suspendues depuis sept mois, et n'avaient paru que deux fois l'an depuis le début de l'affection.

Le 24 juillet, figure fatiguée, pâle et un peu jaunâtre, intelligence développée, mémoire exquise, décubitus élevé, gonflement des jugulaires à chaque pulsation artérielle, œdème peu considérable aux membres inférieurs; dyspnée très-grande, percussion matte dans la moitié antérieure et inférieure du côté gauche de la poitrine, impulsion molle et étendue à la région précordiale; bruit de soufflet dans le même point, à chaque battement du cœur, encore sensible, un peu à droite du sternum; pouls calme et régulier; langue naturelle, appétit assez prononcé, ventre développé, offrant une fluctuation manifeste; deux selles molles, presque liquides, comme depuis six semaines. (Décoct. de riz et de chiendent, édulc. *bis*; quart de portion.)

L'étouffement fut un peu moins considérable dans les quatre jours qui suivirent, après quoi il fit des progrès rapides; en sorte que du 8 au 14 août, jour de la mort, la malade fut obligée de se tenir la plupart du temps hors du lit, assise sur une chaise. Le

4, le pouls était irrégulier; il le fut davantage après le 9, et ne devint un peu accéléré qu'à partir de cette époque. L'obscurité du son, que nous avions observée du côté gauche de la poitrine, s'étendit à un espace successivement plus considérable : la toux fut peu fréquente, et il n'y eut de crachats que dans la dernière semaine. Ils étaient opaques et irrégulièrement arrondis.

L'état de la langue ne changea pas d'une manière sensible; l'appétit tomba dès que la dyspnée devint extrême, et il y eut alors des vomissemens; mais ils furent promptement arrêtés par l'eau de Seltz. Le volume du ventre augmenta d'une manière rapide, la diarrhée fut modérée, l'intelligence intacte.

La malade prit la potion tonique de l'hôpital, dans les cinq derniers jours, sans en éprouver d'autre effet sensible qu'un peu de chaleur à la région épigastrique, aussitôt après l'avoir prise.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort.

État extérieur. Œdème des membres inférieurs assez considérable : point de vergetures.

Tête. Point de granulations arachnoïdiennes (glandes de Pacchioni) : infiltration sous-arachnoïdienne assez considérable, et néanmoins, l'arachnoïde et la pie-mère réunies étaient si fragiles, qu'on ne pouvait les détacher. Cerveau médiocrement ferme, et sans injection : une demi-cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; le cervelet et la protubérance annulaire parfaitement sains.

Cou. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. Le péricarde occupait la plus grande partie de la poitrine; à droite il n'était séparé des côtes que par un espace d'un pouce et demi, à gauche il les touchait et n'était distant de la clavicule correspondante, que de deux travers de doigt, de manière que de ce côté la partie inférieure du poumon était entièrement cachée par lui. Il contenait environ huit onces d'une sérosité claire, dans laquelle flottaient quelques filamens albumineux, n'offrait pas d'autres traces d'inflammation. Mis à découvert, le cœur touchait les côtes gauches, et avait, de sa pointe au sommet de l'oreillette droite, c'est-à-dire dans le sens horizontal, sept pouces et demi, et dans le sens vertical cinq pouces huit lignes. L'oreillette droite avait cinq pouces de haut sur trois et demi de large, et contenait un gros caillot de sang noir : le ventricule correspondant était triplé ou quadruplé de volume; sa pointe dépassait d'un pouce celle du ventricule gauche, dont la capacité était bien peu augmentée. L'oreillette du même côté n'était pas plus ample que dans l'état naturel, ses parois étaient saines, celles de son ventricule un peu mollasses et épaisses de trois lignes et demie seulement. Les parois de l'oreillette droite avaient une fermeté et une épaisseur au moins doubles de celles qui lui appartiennent dans l'état naturel; le ventricule correspondant était épais d'un peu plus de deux lignes, et, comme l'oreillette, plus ferme que de coutume. Le trou botal était conservé, lisse, poli, membraneux en arrière, formait un cercle imparfait antérieurement, et d'un pouce de diamètre environ : les orifices auriculo-ventriculaire et ventriculo-pulmonaire droits avaient quarante-huit

lignes de développement, tandis que ceux du côté opposé n'avaient que vingt-quatre lignes. La dilatation de l'artère pulmonaire était générale, se prolongeait jusque dans ses ramifications, qui avaient encore, à une très-petite distance des plèvres, deux lignes de diamètre; l'aorte était parfaitement saine. Les poumons étaient un peu plus lourds que dans l'état ordinaire, et légèrement engoués à leur base; le droit était parfaitement libre, le gauche offrait des adhérences celluleuses dans toute l'étendue de son lobe inférieur: on n'y observait aucune espèce de lésion.

Abdomen. Le péritoine contenait cinq à six pintes de sérosité claire; le foie avait un médiocre volume, était un peu sec, moins consistant que dans l'état ordinaire, et pâle à l'extérieur comme à l'intérieur. La vésicule biliaire offrait une petite quantité de liquide assez épais et d'une couleur foncée; ses parois étaient infiltrées. L'estomac était volumineux, contenait quelques débris d'alimens au milieu d'un peu de liquide trouble, et l'épaisseur de ses parois était presque doublée par l'épaississement de ses tuniques sous-muqueuse et musculaire. Sa membrane muqueuse était d'un blanc bleuâtre au-dessous du cardia, dans une surface de sept pouces, blanchâtre le long de sa petite courbure, d'un rouge assez vif dans une partie de sa face antérieure, d'une teinte bistre dans le reste de son étendue. Très-mince et molle comme du mucus, dans la partie où elle était d'un blanc bleuâtre, elle était mamelonnée, couverte de mucus, un peu épaissie, d'une médiocre consistance, là où elle offrait une couleur rouge; elle avait perdu la moitié de sa fermeté vis-à-vis la petite courbure, était fort ra-

mollie ailleurs. La face interne de l'intestin grêle était plus ou moins rouge et livide dans toute son étendue, et presque uniquement dans l'intervalle des valvules, cette coloration étant due, en très-grande partie, au tissu sous-muqueux : sa membrane muqueuse était doublée d'épaisseur et très-ramollie, en sorte qu'elle ne donnait par traction que des lambeaux d'une à deux lignes de longueur. Le gros intestin contenait une certaine quantité de matière pultacée; sa membrane muqueuse était rouge et très-ramollie dans le cœcum et dans le colon droit, pâle et d'une bonne consistance ensuite. Les glandes mésentériques un peu rouges et plus volumineuses que dans l'état naturel : les autres viscères n'offraient rien de remarquable.

Vᵉ. OBSERVATION. Un postillon, âgé de cinquante-sept ans, reçut de violens coups de poing à l'épigastre, et eut, pendant les trois semaines qui suivirent, de la dyspnée, de vives douleurs à l'endroit frappé, après quoi les défaillances devinrent plus rares et cessèrent entièrement. Mais bientôt une nouvelle contusion à l'épigastre augmenta la dyspnée, excita des palpitations, et celles-ci étaient très-fortes, seize mois après cette seconde époque. Alors l'amaigrissement n'était pas sensible, la figure était d'un rouge violet, la respiration très-fréquente au moindre mouvement, le pouls très-irrégulier. Ces symptômes, extrêmement affaiblis après un séjour de quatre semaines à l'hôpital, avaient acquis beaucoup d'intensité dans les trois mois qui suivirent, et à des étouffemens très-fréquens s'étaient joints de la toux, des réveils en sursaut, de

l'œdème et un épanchement de sérosité dans l'abdomen. Ces derniers accidens cédèrent avec assez de promptitude ; mais bientôt la face devint vultueuse et pourpre, la voix étouffée, la respiration bruyante; il y eut de fréquens accès de suffocation pendant la nuit, les lipothymies se renouvelèrent à des intervalles assez rapprochés, et après cinq mois d'un dernier séjour à l'hôpital, et trois ans de maladie, le sujet mourut, comme suffoqué.

A l'ouverture de son corps, on trouva les cavités droites du cœur très-dilatées et très-hypertrophiées, les orifices auriculo-ventriculaire et ventriculo-pulmonaire très-larges, et d'ailleurs sains; l'oreillette gauche mince et ample, la fosse ovale percée d'un trou irrégulièrement circulaire, de plus d'un pouce de diamètre, à bords minces, lisses, blanchâtres et comme tendineux ; l'orifice auriculo-ventriculaire gauche rétréci, le ventricule correspondant petit; l'estomac d'un rouge vif, le cerveau dans un état d'intégrité parfait. (*Traité des maladies du cœur*, par J. N. Corvisart, deuxièm. édit., pag. 290.)

VIe. Observation. Une femme, âgée de cinquante-sept ans, d'une constitution un peu faible, avait, depuis l'enfance, la figure d'un rouge violet et une dyspnée plus ou moins forte dès qu'elle se livrait à un exercice un peu violent. Après la cessation des règles, qui eut lieu à quarante-sept ans, elle éprouva des palpitations, eut de fréquentes épistaxis, et sa figure était bleuâtre alors même qu'elle ne marchait qu'à pas lents. Elle mourut à l'hôpital Cochin, d'un ramollissement aigu du cerveau, après avoir éprouvé

pendant neuf jours, dans les membres paralysés, des convulsions pendant lesquelles sa face était très-animée, ses yeux devenaient brillans, ses lèvres *roses*, de violettes qu'elles étaient auparavant; les battemens du cœur étaient tumultueux et accompagnés d'un frémissement qu'on sentait sans peine, en appliquant la main sur la région précordiale.

A l'ouverture du cadavre, on trouva le cœur énorme, l'oreillette droite très-développée, le trou botal de quatre lignes de diamètre, l'orifice auriculo-ventriculaire droit rétréci; la capacité du ventricule correspondant égale à un œuf de pigeon, ses parois de onze à seize lignes d'épaisseur, l'orifice de l'artère pulmonaire fermé par une cloison horizontale percée d'un trou de deux lignes et demie de diamètre, l'artère n'offrant rien de remarquable au-dessus : le ventricule gauche épais et dilaté. Il y avait dans la partie antérieure de l'hémisphère droit du cerveau, un abcès à une certaine distance duquel cet organe reprenait son aspect ordinaire. (*Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale*, *lettre quatrième*, *pag.* 7, par M. Lallemand; observation communiquée par MM. Breschet et Bertin.)

DEUXIÈME SECTION.

Communication des ventricules, au moyen de la perforation de leur cloison.

VIIe Observation. Le général Williams Whiple éprouvait depuis long-temps plusieurs symptômes d'une maladie du cœur, parmi lesquels les plus remarqua-

bles étaient une palpitation extrême, par un exercice un peu soutenu du corps et de l'esprit, et un froid continuel aux extrémités. Les fatigues qu'il éprouva pendant la révolution d'Amérique, à laquelle il prit une part très-active, aggravèrent son mal, et il succomba.

On trouva, à l'ouverture de son corps, les cavités gauches du cœur dans l'état naturel, l'oreillette droite très-amincie et dilatée. La valvule tricuspide ossifiée, fermait l'orifice auriculo-ventriculaire droit, était percée, près de son bord libre, de trous que réunissait une scissure d'un pouce de long, sur une ligne de large environ. A la base de cette ossification existait un troisième trou qui aboutissait au ventricule gauche, sous la valvule mitrale immédiatement, et pouvait admettre l'extrémité du petit doigt. Les autres viscères étaient sains. (*Journ. de Méd. et de Chirurg.*, par MM. Corvisart, Leroux et Boyer, vol. 19, p. 468; observ. recueillie par le docteur Hall Jackson.)

VIII[e] Observation. Un enfant de douze ans et demi, ayant toujours eu des palpitations fortes et ne se disant malade que depuis cinq mois, fut admis à la clinique de M. Corvisart. Son visage était bouffi, ses lèvres violettes, sa respiration gênée; il avait des palpitations qui se reproduisaient par accès accompagnés de suffocations menaçantes, et il succomba au cinquième jour de son arrivée à l'hôpital, sans œdème.

A l'ouverture de son corps, on trouva le cœur très-volumineux par la dilatation des oreillettes, le ventricule gauche dans l'état naturel, le droit épaissi, la cloison ventriculaire percée, à sa base, d'un trou qui

admettait l'extrémité du petit doigt et aboutissait au-dessous des sigmoïdes aortiques, dont une était en partie corrodée, avait des bords lisses et blanchâtres. Les poumons étaient dans l'état naturel. (*Traité des maladies du cœur*, déjà cité, p. 286.)

IXe Observation. Un enfant, dont la peau était d'un brun tirant sur le noir, avait des mouvemens convulsifs par tout ce qui pouvait lui agiter un peu vivement le corps ou l'esprit, et mourut à l'âge de treize ans.

On trouva la cloison des ventricules percée, à sa base, d'un trou qui pouvait admettre le pouce, et l'artère pulmonaire très-petite, surtout à son origine. (*Hunter, cité par Baillie dans son Traité d'Anatomie pathol.*, traduct. de M. Guerbois, p. 31.)

Xe Observation. Un maçon, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, d'une taille moyenne, d'une constitution peu forte, fut admis à l'hôpital de la Charité le 5 août 1823. Il avait eu la coqueluche à l'âge de douze ans, et dès-lors la toux, l'expectoration, la dyspnée avaient été plus ou moins considérables; des palpitations incommodes se manifestaient aussitôt qu'il précipitait sa marche ou montait des escaliers; il tenait la tête haute dans le lit, avait des étourdissemens fréquens, et la figure plus ou moins violacée. Rarement malade, il n'avait été que deux fois dans les hôpitaux depuis dix ans, la dernière au mois de juin dernier, à l'Hôtel-Dieu, pour un crachement de sang, le seul qu'il eût éprouvé : il en était sorti après un séjour de six semaines, y ayant été saigné six fois en quelques jours. Dès-lors, la faiblesse

et la toux avaient été considérables; un travail un peu suivi était devenu impossible, et le malade avait perdu l'appétit.

Quand nous le vîmes le 5 avril, la figure était bouffie, les lèvres, les pommettes et le nez d'une couleur violette plus ou moins foncée, suivant la fréquence de la toux, pendant laquelle la coloration du visage devenait à-peu-près uniforme; cette teinte bleuâtre était moins marquée dans le repos que quand le malade s'occupait, et M. Chomel, qui l'avait rencontré plusieurs fois dans les cours de l'hôpital, où il était employé, trouvait la différence très-grande. Il n'y avait ni céphalalgie ni vertiges, seulement les objets semblaient quelquefois semés de taches rouges. Les membres abdominaux étaient un peu infiltrés depuis quelques jours, et jusque-là le malade n'avait eu, à différentes reprises, qu'un peu d'œdème au bas des jambes, œdème que le repos du lit avait constamment dissipé: la langue était un peu rouge, nette et humide; la soif vive, l'anorexie presque complète; il y avait, comme depuis trois semaines, un peu de diarrhée. La respiration était presque naturelle à droite, accompagnée d'un peu de crépitation du côté gauche, où la pectoriloquie existait en arrière et en haut, près de la colonne vertébrale: les crachats étaient un peu verdâtres, opaques, striés de jaune, la dyspnée considérable, bien que le malade assurât ne pas éprouver beaucoup d'étouffement; le pouls était sans dureté, battait quatre-vingt-douze fois par minute; il n'y avait pas d'impulsion à la région du cœur, ni de battemens aux jugulaires; on entendait, dans toute la partie antérieure de la poitrine, un bruit de soufflet d'autant

plus fort qu'on s'approchait davantage du sternum : il n'y avait de palpitations que par la toux. On prescrivit une saignée de huit onces, une tisane de chiendent nitrée, une potion gommeuse avec vingt gouttes de teinture de digitale, et la diète.

Du 8 au 15, le volume et la colorarion de la face paraissant indiquer une congestion toujours croissante dans cette partie, on fit appliquer, à trois reprises différentes, cinquante sangsues au cou. Les urines devinrent très-abondantes, la turgescence de la face diminua momentanément, et les autres symptômes restèrent les mêmes, à l'exception de l'appétit, qui fut bientôt très-vif.

Le 16, la poitrine, percutée pour la première fois, ne rendait aucun son au-dessous de la clavicule gauche, dans la hauteur de cinq pouces, le bruit de soufflet et la crépitation persistaient. le malade mangeait avec avidité le quart de portion et au-delà, le dévoiement n'avait pas augmenté. (Saignée de huit onces, pot. gomm. avec vingt gouttes de teint. de digit., etc.)

Pas de changement appréciable jusqu'au 22 ; ce jour même, la dyspnée augmenta beaucoup, l'assoupissement devint fréquent ; il n'y avait ni céphalalgie ni douleurs dans les membres, qui étaient également faibles à droite et à gauche. La langue était naturelle, et le malade menaçait de quitter l'hôpital si on ne lui donnait pas à manger.

Dans la nuit du 23 au 24. crachement d'un peu moins d'une paiette de sang rouge et écumeux ; dans la matinée, figure pâle et un peu livide, comme égarée, pouls précipité et intermittent ; le malade semblait près d'expirer, mais répondait encore aux

questions qui lui étaient adressées. Il mourut le même jour, trois heures après midi, sans le moindre délire, ayant annoncé, peu après la visite, sa fin prochaine.

Ouverture du cadavre seize heures après la mort.

État extérieur. La figure était pâle, le corps froid, les membres mous et un peu infiltrés; il y avait quelques vergetures.

Tête. La cavité de l'arachnoïde contenait trois à quatre petites cuillerées de sérosité louche; la pie-mère était très-rouge, la substance corticale très-rosée, la médullaire très-injectée, mais d'ailleurs d'une couleur naturelle. Le ventricule latéral gauche contenait environ une cuillerée et demie de sérosité : à droite il n'y en avait nulle trace, et la partie antérieure du corps strié était d'un rouge brun chocolat, ramollie, à consistance de crême, dans une épaisseur de six lignes, une hauteur de quatre, et la longueur d'un pouce; l'arachnoïde correspondante était un peu épaissie, mais sans la moindre trace de fausse membrane. Un peu en arrière et dans la couche optique du même côté, était un second ramollissement tout-à-fait semblable au premier, un peu moins étendu seulement, autour duquel la substance médullaire était jaunâtre et un peu ramollie.

Poitrine. Le poumon gauche, endurci antérieurement dans sa moitié supérieure, offrait, en arrière, de grandes excavations tuberculeuses. La partie endurcie était grisâtre, infiltrée d'une certaine quantité de sérosité, parsemée d'un grand nombre de tubercules

suppurés pour la plupart. Il n'y avait à la base de l'organe que quelques tubercules crus, au milieu d'un tissu légèrement engoué. Le poumon droit, à part les excavations, offrait les mêmes lésions que le gauche, mais à un degré beaucoup moins prononcé. Il y avait environ quatre onces de sérosité dans le péricarde. Le volume du cœur dépassait celui du poing du sujet, de moitié environ. L'oreillette droite était distendue par une assez grande quantité de sang, conservait la meilleure partie de son volume après en avoir été vidée, offrait à sa face extérieure, qui était blanchâtre, un assez grand nombre de granulations miliaires, qu'on enlevait dans quelques points avec une fausse membrane intermédiaire, sous laquelle la séreuse conservait un aspect louche et blanchâtre : ses parois avaient au moins le double de l'épaisseur qui leur est naturelle. Le ventricule droit, au lieu d'être plat et un peu mou comme dans l'état naturel, était très-bombé, très-dur; et cette dureté nous parut, autant qu'une semblable différence peut être appréciée, trois fois plus considérable que celle du ventricule gauche. Ses parois étaient épaisses de huit à dix lignes, sa cavité réduite à très-peu de chose, et presque nulle vers sa pointe, dans la hauteur de deux pouces. Cet épaississement était, en partie, le résultat du développement des colonnes charnues du cœur, pressées les unes contre les autres et formant, au premier coup d'œil, un plan continu. Il n'y avait de bien distinct qu'un pilier, du diamètre de huit lignes environ, presque complètement de niveau, à son sommet, avec l'orifice auriculo-ventriculaire, ne donnant attache aux cordes tendineuses que

dans sa longueur, placé contre l'orifice de l'artère pulmonaire qu'il concourait à rétrécir. Les valvules tricuspides étaient jaunâtres, épaissies, à leur bord adhérent surtout, et offraient dans ce dernier point une ossification partielle d'une ligne d'épaisseur. L'orifice de l'artère pulmonaire était fort étroit, surtout à une petite distance des valvules sigmoïdes, où se trouvait une espèce de diaphragme ou cloison fibreuse, perpendiculaire à la direction du vaisseau, percée d'un trou de deux lignes et demie de diamètre environ. Au-dessus, l'artère était saine et plus mince que dans l'état naturel. A sa naissance, et près de l'oreillette droite, était un trou parfaitement arrondi, de deux lignes de diamètre, à bords minces, blancs et fibreux, qui aboutissait au-dessous des valvules sigmoïdes de l'aorte, et établissait une communication entre les deux ventricules. Les cavités gauches n'offraient rien de remarquable.

Abdomen. Le foie était sain et d'une bonne couleur; les veines hépatiques et la veine cave inférieure gorgées de sang; les parois de cette dernière évidemment épaissies : la rate triplée de volume, beaucoup plus ferme que dans l'état ordinaire, d'une couleur foncée, interrompue par des filamens blanchâtres qui la parcouraient dans différentes directions : les reins un peu injectés : la membrane muqueuse de l'estomac d'un rouge noir, d'une consistance et d'une épaisseur convenables, un peu mamelonnée dans le voisinage de la grande courbure : celle qui revêt l'intestin grêle, pâle, un peu épaissie et opaque : celle des gros intestins un peu ramollie et épaissie, sans altération de la couleur blanche qui lui est naturelle.

Comme nous reviendrons plus tard sur cette observation, nous ne nous arrêterons pas à faire ressortir tout ce qu'elle offre d'important : nous dirons seulement que le ramollissement du cerveau a été méconnu et qu'il devait l'être, faute de signes diagnostiques; ce qu'on ne saurait attribuer à l'observateur, tous les symptômes qui auraient pu déceler cette lésion ayant été recherchés, quoique dans un autre but. La phthisie, arrivée à son dernier terme, existait peut-être depuis dix ans, et sans cette affection et celle du cerveau, le sujet, malgré le désordre extrême de la circulation, aurait pu sans doute vivre encore pendant un espace de temps plus ou moins considérable.

XIe Observation. Une jeune femme, sujette aux palpitations dès l'enfance, et aux syncopes depuis l'âge de quatorze ans, fut mariée à dix-sept, et fit, en très-peu de temps, deux fausses couches, à la suite de syncopes. Celles-ci se renouvelèrent peu après son rétablissement, et furent sollicitées par une impression agréable très-forte. Bientôt il y eut des accès de suffocation, pendant lesquels le visage était pâle, le pouls précipité, la respiration tumultueuse et les extrémités froides. Les mêmes symptômes, suspendus quelque temps, se renouvelèrent ensuite fréquemment et avec violence, l'infiltration des membres eut lieu pour ne disparaître que momentanément, et la malade mourut âgée de dix-neuf ans, quinze mois environ après sa dernière fausse couche.

A l'ouverture du cadavre, on trouva le cœur triplé de volume, flasque et facile à déchirer, les cavités droites dilatées et très-minces, le ventricule gauche

contracté et fort épais; au milieu de la cloison des ventricules, un trou elliptique d'un pouce de large et garni d'un corps fibreux à son pourtour; une assez grande quantité de sérosité dans l'abdomen et dans le péricarde; les poumons hépatisés. (*Journ. génér. de Médecine*, année 1817.)

TROISIÈME SECTION.

Communication des cavités droites avec les cavités gauches du cœur, au moyen du canal artériel et du trou botal, ou de la la perforation de la cloison des ventricules.

XIIe. Observation. Un homme, âgé de quarante ans, vint à l'hôpital de la Charité se faire faire l'opération de la taille; il était d'une grande nonchalance, avait le teint livide, les vaisseaux de la conjonctive engorgés, les lèvres grosses et noires, la respiration difficile, le pouls très-irrégulier. Une petite saignée fut pratiquée, des syncopes s'en suivirent, et le malade mourut suffoqué.

Quand on fit l'ouverture de son corps, on trouva l'oreillette droite très-distendue, la différence d'épaisseur des parois des ventricules moindre que dans l'état naturel, leur cloison percée d'un trou oblong d'un demi-pouce de diamètre, dirigé de haut en bas, d'avant en arrière, et de gauche à droite; le canal artériel long d'un pouce, et de la largeur d'une grosse plume d'oie; l'artère pulmonaire uniformément dilatée, depuis sa naissance jusqu'au moment où elle se divise. (*Physiol. de M. Richerand*, 7e. édit., vol. 1, pag. 326.)

XIIIe. Observation. A l'ouverture du cadavre d'un

individu qui vécut jusqu'à vingt-neuf ans, on trouva le cœur triplé de volume, avec des parois épaisses de plus d'un pouce, d'un tissu dense et d'une couleur brune; les valvules sigmoïdes ossifiées, le trou botal et le canal artériel ouverts, le premier très-amplement; l'artère pulmonaire rétrécie, l'aorte très-ample, les viscères abdominaux d'une couleur brune. (*Thèse soutenue à Wittemberg*, en 1701, observation rapportée par M. Corvisart, ouvrage cité, pag. 310.)

QUATRIÈME SECTION.

Communication des oreillettes et des ventricules, au moyen d'ouvertures pratiquées dans leurs cloisons.

XIV[e]. Observation. Un enfant, âgé de dix ans, avait eu, peu après sa naissance, la respiration courte, surtout quand il prenait le sein; alors sa figure devenait rouge et vultueuse, mais elle reprenait assez promptement, par le repos, sa couleur naturelle. A l'âge de six ans il était petit et maigre, avait la peau fine et blanche, les pieds et les mains froids et livides, les doigts et les orteils terminés par un renflement mollasse, la figure d'un rouge foncé, livide, les lèvres violettes, et il était sensible au froid. Bientôt la dyspnée fit de grands et continuels progrès, les battemens du cœur devinrent plus tumultueux, et des menaces de suffocation empêchaient l'enfant de prendre part aux amusemens de son âge; il mangeait peu, et avait fréquemment des flux de ventre. L'abdomen enfla six mois avant la mort, qui fut précédée d'une agonie de vingt-quatre heures.

Quand on fit l'ouverture du cadavre, on trouva le cœur très-volumineux, placé transversalement ; l'oreillette droite très-distendue, la gauche petite et contractée, la fosse ovale très-large et très-profonde, son tissu membraneux, percé de plusieurs trous ; l'aorte d'un calibre extraordinaire, communiquant avec le ventricule droit par une large ouverture faite à la base de ce dernier. Un peu au-dessus et à gauche de cette ouverture, en était une autre beaucoup plus petite, garnie de deux lèvres calleuses, s'abouchant dans l'artère pulmonaire, qui était fort petite. Il y avait de la sérosité dans le péricarde, les plèvres et le péritoine. Les poumons étaient tuberculeux, le foie d'une couleur bleue, ardoisée. (*Bulletin de la Faculté de méd. de Paris*, année 1809, pag. 133, obs. rec. par M. Gallois, D. M.)

XVe. Observation. Un homme de vingt-quatre ans, d'une constitution assez forte, habituellement bien portant, éprouva, à la suite d'un travail violent, une courbature, qui fut assez promptement acompagnée de toux, de fièvre, de diarrhée, et de douleurs au-dessous de la mamelle gauche ; bientôt les crachats devinrent sanguinolens, et il y eut un peu d'œdème. Une saignée diminua les accidens sans dissiper la fièvre, qui augmenta par l'ingestion d'une grande quantité de vin chaud : les crachats sanguinolens reparurent, accompagnés d'anxiétés, de bouffées de chaleur à la face, de vertiges et de palpitations violentes, qui se montraient pour la première fois ; le pouls devint irrégulier, les battemens du cœur semblaient se faire à travers un liquide qui frémissait sous la main ; les

pommettes, le nez et les lèvres étaient violacés, la diarrhée continuait. Les mêmes symptômes, avec quelques variations en plus ou en moins, persistèrent; il y eut un peu d'œdème dans les dix derniers jours, et dans la sixième semaine, à compter du début de l'affection, le malade mourut suffoqué.

A l'ouverture du corps, on trouva les cavités du cœur dilatées, sans altération d'épaisseur, si l'on en excepte l'oreillette droite, qui en avait un peu plus que dans l'état ordinaire; le trou botal existait, et dans le point où la cloison des oreillettes et celle des ventricules se réunissent, on voyait une ouverture large, irrégulière, dont le pourtour était formé par des franges membraneuses jaunâtres, et qui faisait communiquer ensemble les quatre cavités. Le cerveau était sain, la muqueuse gastro-intestinale rouge et un peu épaissie, les poumons plus rouges qu'à l'ordinaire, et gorgés de sang. (*Bulletin de la Faculté de méd. de Paris*, année 1819, p. 355, obs. rec. par M. Thibert.)

XVIe. Observation. Un enfant qui avait la figure bleuâtre depuis sa naissance, éprouva, pour la première fois, à l'âge de seize mois, des mouvemens convulsifs, avec perte de connaissance et coloration violette de la face. Dès ce moment les syncopes reparurent à des intervalles très-rapprochés, à la suite d'un effort quelconque, ou d'un mouvement de colère : tant qu'elles duraient, l'enfant était comme asphyxié, et l'on sentait à peine quelques frémissemens à la région du cœur. A l'âge de cinq ans, le petit malade eut une épistaxis considérable, devint sensible

au froid, et les accès s'étant rapprochés, il mourut à l'âge de onze ans, au milieu d'efforts pour aller à la selle.

A l'ouverture de son corps, on trouva le cœur volumineux, le trou botal conservé, de quatre lignes de diamètre; un trou placé à la base de la cloison des ventricules, pouvant admettre le doigt, à bords parfaitement lisses, qu'embrassait l'ouverture de l'aorte. L'artère pulmonaire était très-étroite à son origine, davantage encore un peu au-dessus, après quoi elle repreuait promptement le volume qui lui est naturel. Le canal artériel, oblitéré, se rendait dans la sous-clavière gauche. Les tégumens de la face, de la poitrine et des membres étaient d'un violet tirant sur le noir; les intestins et les autres viscères abdominaux d'un brun foncé; à peine pouvait-on distinguer la substance corticale du cerveau de la médullaire. (*Même Bulletin*, année 1807, pag. 21, observ. de M. Caillot.)

XVIIe OBSERVATION. Un enfant qui avait eu la coqueluche à l'âge de deux mois, avait aussi depuis cette époque le visage rouge et violet. Il était faible, habituellement couché, d'une maigreur extrême, sujet à des lypothimies qu'annonçait une oppression extrême, et pendant lesquelles on observait une lividité ou une pâleur générale de la peau : son accroissement avait été très-retardé. Il mourut dans un coma profond, à la suite d'une hémorrhagie.

Le cœur était situé tout-à-fait transversalement, l'oreillette droite égalait le volume du reste de l'organe, les parois du ventricule correspondant étaient

épaissies, et sa cavité rétrécie. Le trou ovale pouvait admettre une sonde de femme. A la base de la cloison des ventricules se trouvait une large ouverture qui communiquait avec l'aorte; on ne pénétrait dans l'artère pulmonaire qu'à l'aide d'un stylet, et le canal artériel, oblitéré, se terminait dans la sous-clavière gauche. Les doigts et les orteils finissaient par une tête arrondie, recouverte par une peau aussi fine que celle du visage. (*Même Bulletin.*)

CINQUIÈME SECTION.

Communication des cavités droites avec les cavités gauches du cœur, au moyen du trou botal et de l'aorte naissant des deux ventricules, etc.

XVIIIe Observation. Un enfant né à Amsterdam, ayant joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de trois ans, éprouva à cette époque, à la suite d'une violente contusion à l'un des doigts, une douleur vive, qui fut suivie de convulsions. La face devint livide, la lividité fut bientôt presque générale, l'enfant perdit connaissance, ne la recouvra qu'au bout d'un certain temps, et n'offrit plus rien ensuite de particulier. Bientôt les accidens reparurent, et se renouvelèrent tous les jours pendant plusieurs mois, souvent excités par la moindre contrariété; le malade maigrit, et son appétit diminua, il eut des douleurs de ventre. Les symptômes, après avoir pris plus d'intensité, furent stationnaires, puis devinrent moins violens; les crises ne reparurent que tous les huit ou quinze jours, mais la couleur violette des lèvres, des joues et des

dernières phalanges, fut permanente. Vers l'âge de cinq ans et demi, l'enfant vint à Paris, où, après un séjour de quelques semaines, ses accès s'éloignèrent, ne durèrent plus que douze à quinze minutes, accompagnés de douleurs de ventre, de déjections involontaires, de couleur livide à la face, et noirâtre aux lèvres et aux gencives, de suffocation imminente, de palpitations fortes, d'intermittence et d'accélération du pouls. Son état s'était amélioré d'une manière sensible, et il était sur le point de retourner à Amsterdam, quand il mourut suffoqué, à l'âge de six ans, en jouant avec ses camarades.

A l'ouverture de son corps, on trouva la base du cœur tournée à droite, les cavités droites, qui étaient aussi supérieures par le changement de position de l'organe, dilatées; les cavités gauches rétrécies. Le trou botal n'était pas entièrement oblitéré, et pouvait admettre une sonde de femme : les parois du ventricule droit étaient épaissies, ses colonnes charnues volumineuses, et l'on voyait à sa base, en arrière et en haut, l'orifice de l'aorte garni de ses trois valvules sigmoïdes. A dix lignes de celles-ci, se trouvait une petite ouverture de trois lignes de diamètre, qui menait à un conduit d'un pouce de long, lequel, en diminuant toujours de capacité, se terminait à l'artère pulmonaire, qui avait un calibre quatre fois plus grand que le conduit d'où elle semblait naître. Elle ne présentait à son origine que deux valvules (l'une d'elles était plus grande que l'autre) situées au-dessus de l'ouverture qui vient d'être indiquée. Entre celle-ci et l'aorte était un trou inégalement circulaire, de six lignes de diamètre, garni d'une zone

tendineuse sur laquelle les bords convexes des valvules sigmoïdes venaient se fixer, communiquant avec le ventricule gauche, qui versait par lui, dans l'aorte, le sang de l'oreillette correspondante. La peau était d'un brun cuivré, les poumons denses et noirs, le foie et la rate d'une couleur rouge-noirâtre, les intestins gris-brun. (*Bulletin*, année 1815, pag. 421, observation recueillie par M. Ribes.)

XIXe Observation. Un enfant fut atteint tout-à-coup, à l'âge de deux mois, de dyspnée avec suffocation menaçante, accompagnée d'une couleur livide, presque noire, du visage, des doigts et des orteils. Ces accès, devenus très-fréquens, se renouvellent tous les jours vers dix heures du matin, se prolongent plusieurs heures, sont accompagnés d'intermittence du pouls et d'abaissement de la température, et l'enfant meurt, à dix mois, dans le cours de l'un d'eux.

On trouva, à l'ouverture du corps, le cœur très-volumineux, l'aorte fort large, venant de l'un et de l'autre ventricules, par deux orifices capables d'admettre l'extrémité d'un doigt; le trou botal non entièrement oblitéré, les valvules sigmoïdes ossifiées à leur base. (*Commentaire de Médec.*, publié par Duncan.)

XXe. Observation. Un enfant qui s'était bien porté jusqu'à l'âge de treize mois, fut atteint; dès ce moment, des symptômes les plus fâcheux d'une maladie du cœur, et y succomba à l'âge de treize ans.

Le trou botal existait, le ventricule droit était dilaté, l'aorte naissait des deux ventricules. (*Observ. anatom. pathol.* de Sandifort.)

RÉSUMÉ.

Nous allons maintenant considérer dans leur ensemble les faits qui précèdent, en commençant par l'étude des différentes dispositions anatomiques que présente le cœur, parce que les principaux points de l'histoire de nos malades s'y rattachent essentiellement, et qu'ensuite l'examen des symptômes en sera plus facile.

§. Ier. *Dispositions Anatomiques.*

L'examen des dispositions anatomiques que présente le cœur, ne doit pas se borner aux moyens de communication établis entre ses cavités droites et gauches; il faut encore étudier les orifices de ces cavités, leurs plus ou moins grandes dimensions, leur hypertrophie ou leur amincissement, la position du cœur en certains cas, en un mot, tous les vices de conformation qu'il nous a offerts.

La largeur du *trou botal* a varié de deux à douze ou quinze lignes, et n'a pas toujours été proportionnée à la dilatation des oreillettes : ainsi, dans les XVIIe et XVIIIe observations, elle était à peine d'une ligne et demie, bien que les oreillettes fussent extrêmement dilatées. L'ouverture dont il s'agit était plus ou moins exactement arrondie, et là où son pourtour a été décrit avec le plus de soin, nous avons vu qu'il était lisse, quelquefois blanchâtre, et même comme fibreux ou tendineux. Dans aucun cas, on n'a trouvé dans son voisinage de traces de ramollissement, ou de

quelque lésion récente, même dans la ve observation, dans laquelle néanmoins la perforation semblait accidentelle et produite par une cause évidente ; de manière qu'on serait porté à croire, en examinant la disposition anatomique de l'ouverture de communication des oreillettes, qu'elle a été, dans tous les cas où nous l'avons observée, congénitale et non acquise.

Quant à la XIVe observation, dans laquelle la fosse ovale était percée de trous, il est à regretter que l'auteur n'ait pas décrit d'une manière spéciale la structure de la membrane qui la formait, et celle de la circonférence des trous placés dans son épaisseur : mais par cela même que ces trous étaient petits, nous pensons que leur origine était congénitale, sans quoi il y aurait eu des inégalités plus ou moins remarquables dans leurs dimensions, des déchirures plus ou moins grandes, des lésions de tissu, et l'auteur de l'observation les aurait certainement indiquées.

La perforation de *la cloison des ventricules* n'a pas toujours eu lieu, comme celle des oreillettes, dans le même point. Elle existait, dans un cas, au milieu de la cloison (obs. XI); et dans les autres, on la trouvait soit à sa base, soit à la naissance de l'aorte, aboutissant sous les valvules sigmoïdes de cette artère, et fort rarement sous la valvule mitrale (obs. XVII).

La largeur de cette perforation variait de deux lignes à un pouce environ ; son pourtour était arrondi, plus ou moins épais ou mince, lisse, comme fibreux, même dans les cas où la maladie semblait avoir été produite accidentellement, comme dans la Xe observation, à la suite de la coqueluche. Les fibres charnues environnantes n'offraient aucune trace de lésion,

en sorte qu'il y avait beaucoup d'analogie entre la structure du trou botal persistant, et celle de l'ouverture de communication des ventricules, et qu'il est naturel de penser que son origine était la même, c'est-à-dire congénitale. Il ne faut pas oublier cependant que chez le sujet de la xve observation, le contour très-irrégulier de l'ouverture pratiquée aux deux cloisons offrait des franges membraneuses, jaunâtres, irrégulières, et des caractères assez différens de ceux que nous venons d'indiquer, pour qu'on fût porté à croire que dans ce cas, du moins, la communication était accidentelle. Mais aussi, nous remarquerons que l'auteur de cette observation ne dit pas que les fibres charnues du pourtour de l'ouverture fussent altérées, et nous regrettons qu'il n'ait pas donné une description un peu plus précise des franges membraneuses dont il parle.

La persistance du *canal artériel* dans les observations XIII et XV est un des faits qu'il importe le plus de remarquer, parce que cette disposition, évidemment congénitale, coïncidant avec le trou botal ou avec la perforation de la cloison des ventricules, suffirait pour établir une présomption bien forte en faveur de l'origine que nous leur avons attribuée. Il faut en dire autant au sujet des observations dans lesquelles le cœur était transversalement situé (obs. XVII et XVIII), des cas dans lesquels l'aorte naissait des deux ventricules (obs. XIX et XX), ou du droit seulement (obs. XVIII), ou bien encore de ceux dans lesquels le canal artériel, oblitéré, aboutissait à l'artère sous-clavière gauche (obs. XVI, XVII), et qui offraient une perforation de la cloison du ventricule et des

oreillettes, avec les caractères que nous avons signalés, caractères qui se retrouvaient encore dans la XVIIIe observation, dans laquelle les principales lésions du cœur étaient aussi évidemment congénitales.

Une autre disposition anatomique qu'il n'est pas moins utile d'étudier que les précédentes, c'est l'état des *orifices des diverses cavités du cœur*. Il est en effet bien digne de remarque, que sur les vingt observations que nous avons citées, sans choix, on ne trouve qu'un seul exemple d'un faible rétrécissement des orifices ventriculo-aortique et auriculo-ventriculaire du même côté; tandis qu'à droite, c'est-à-dire dans la partie du cœur dont les orifices sont le plus rarement altérés, quand la communication qui nous occupe n'existe pas, on observe dix fois le rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire (obs. II, VI, IX, X, XII, XIV, XVI, XVII, XVIII et XIX), et une fois l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire, par la valvule tricuspide ossifiée et percée de plusieurs ouvertures. (Obs. VII.)

Les différens modes de rétrécissement de l'artère pulmonaire doivent surtout fixer notre attention. Dans les IIe. et XIXe. observations, ce rétrécissement était le résultat de l'ossification des valvules sigmoïdes réunies à leur bord libre, et ce qu'il y a de remarquable, chez une jeune fille de treize ans et un enfant de dix mois. Dans d'autres cas (obs. VI et X), il était principalement formé par une espèce de diaphragme, percé à son centre d'un trou de la largeur d'une lentille. D'autres fois, ce rétrécissement, qui ne dépassait pas les valvules sigmoïdes, était formé par le rapprochement des parois de l'ar-

tère et du ventricule correspondant, qu'il y eût ou qu'il n'y eût pas d'hypertrophie.

Les variétés de structure des rétrécissemens de l'artère pulmonaire pourraient faire penser qu'ils remontaient à des époques différentes, que les uns étaient le résultat de dispositions congénitales, et les autres, celui de quelque affection développée à une époque plus ou moins éloignée de la naissance. Relativement à ceux qui consistent, en grande partie, dans une espèce de diaphragme fibreux percé d'un trou à son centre, personne sans doute ne leur contestera une origine congénitale; et à l'égard de ceux qui reconnaissent pour cause le rapprochement des parois de l'artère, leur origine nous semble encore la même, soit parce que ce mode de rétrécissement se combine avec le précédent (obs. x), soit parce qu'on le rencontre avec les vices de conformation les plus graves (obs. XVIII et XIX), soit parce que l'hypertrophie accidentelle des cavités du cœur, alors même qu'elle existe avec ce rétrécissement, ne saurait en être considérée comme cause, vu le nombre de cas où l'hypertrophie du ventricule gauche a lieu sans amener le même résultat pour l'aorte. D'autres considérations viendront bientôt à l'appui de cette manière de voir.

Quant aux deux cas de rétrécissement par suite de l'ossification des valvules sigmoïdes, nul doute que celui de la XIX[e]. observation, qui a pour sujet un enfant de dix mois et demi, ne date encore de la naissance; et relativement à celui qui a été observé par Morgagni, les considérations relatives à l'histoire de la maladie paraîtront peut-être suffisantes pour

montrer que cette ossification remontait à la même époque. (Obs. II.)

Il semblerait donc résulter de tout ce qui précède, que le trou botal, à une époque quelconque de la vie, la perforation de la cloison des ventricules, et le rétrécissement de l'artère pulmonaire, doivent être considérés comme des dispositions congénitales. Voyons maintenant si l'état des *parois des cavités du cœur* confirmera ces premières vues.

Les vingt observations que nous avons rapportées, si l'on en excepte une qui manque de détails (Obs. IIX), sont des exemples d'anévrismes, d'une ou de plusieurs des cavités du cœur. La dilatation de l'oreillette droite a été observée dix-neuf fois, six fois avec hypertrophie (obs. II, V, X, XII, XV) et deux fois avec amincissement de ses parois (obs. VII et XI); celle du ventricule droit, dix fois (obs. II, III, V, XI, XII, XVI, XVIII, XIX, XX), son hypertrophie onze fois, et cinq fois cette hypertrophie a coïncidé avec la dilatation de sa cavité: tandis que du côté gauche la dilatation de l'oreillette a été observée trois fois seulement, celle du ventricule quatre, son hypertrophie trois, et celle de l'oreillette deux, précisément l'inverse de ce qu'on rencontre ordinairement.

A raison des cas dans lesquels on a trouvé réunis le rétrécissement de l'artère pulmonaire et l'hypertrophie du ventricule droit, on pourrait penser que si le rétrécissement de l'artère a déterminé l'hypertrophie du ventricule, ces deux causes réunies ont pu amener la perforation de la cloison ventriculaire, chez un certain nombre de sujets. Mais outre que la chose ne serait pas facile à concevoir, puisque tous les

jours on voit, l'anévrisme avec épaississement des parois du ventricule gauche et rétrécissement de l'orifice aortique, sans rupture de la cloison ventriculaire, nous observerons que six des onze cas d'hypertrophie du ventricule droit sont relatifs à des sujets chez lesquels il n'y avait de communication qu'au moyen du trou botal (obs. I, II, V, VI, XII), bien qu'il y eût rétrécissement de l'artère pulmonaire chez deux d'entre eux; que sur sept exemples de perforation simple de la cloison des ventricules, cette hypertrophie ne se rencontre que trois fois (obs. VIII, X, XIII), et que l'un des cas d'hypertrophie qui nous occupe appartient à la XVIII[e] observation, dans laquelle les nombreux vices de conformation du cœur, et en particulier la naissance de l'aorte du ventricule droit, montrent que la perforation de la cloison ne pouvait pas avoir d'autre origine. Mais autant il nous semble impossible d'attribuer la perforation de la cloison des ventricules au rétrécissement de l'artère pulmonaire et à l'hypertrophie du ventricule droit, autant nous croyons juste d'assigner à la première de ces lésions une grande part dans la persistance du trou botal, puisqu'il doit suffire, pour l'amener, d'un obstacle plus ou moins grand à la circulation du sang noir, à l'époque de la naissance.

Ces dernières considérations confirment donc ce qui a été dit précédemment, savoir : que la communication des cavités droites et gauches du cœur paraît être un vice de conformation, une disposition congénitale et non acquise. Plusieurs auteurs ont pensé néanmoins que, dans certains cas, cette disposition pouvait reconnaître une cause accidentelle :

ainsi Corvisart semble admettre que des coups de poing violens, reçus à l'épigastre, ont donné lieu à la communication des oreillettes qu'il a observée. Dans un des cas qui se sont offerts à notre observation, on serait tenté de croire, à raison de la coïncidence du début de la maladie du cœur, avec la coqueluche, que celle-ci a été la cause occasionelle de la perforation (obs. x). La même manière de voir pourrait s'appliquer aux sujets des IVe et XVIIe observations; mais l'histoire du malade qui fait l'objet de la XVIIIe doit répandre beaucoup de doute sur cette étiologie; ou même, cette histoire, réunie aux considérations précédentes, nous paraît suffire pour la faire rejeter entièrement, au moins dans les cas dont il s'agit. Dans cette histoire, en effet, nous voyons les premiers symptômes de la maladie succéder à une violente douleur des doigts (et sur ce point il ne peut y avoir de doute, vu les soins dont était environné le petit malade); et si, lors de l'autopsie, on se fût borné à dire qu'il y avait communication des cavités droites et gauches du cœur, nul doute qu'on ne l'eût attribuée, comme dans les observations précédentes, à une cause accidentelle; mais comme d'autres vices de conformation du cœur, et en particulier la naissance de l'aorte du ventricule droit, ont été notés avec soin, et que la circulation pulmonaire eût été impossible, si la communication des deux ventricules n'eût pas été congénitale, il faut bien admettre que telle était en effet son origine, que les vices de conformation les plus grands avaient existé long-temps sans donner signe de leur présence, probablement comme dans les observations IV, V et X, où des causes occa-

sionelles diverses, sans produire une perforation déjà existante, auront déterminé le développement des symptômes observés.

Rappelons-nous d'ailleurs qu'il ne s'agit ici que des observations que nous avons rappportées, que nous ne prétendons pas que jamais il ne puisse y avoir de perforation accidentelle de la cloison des cavités du cœur, puisqu'on a des exemples de perforations spontanées de cet organe, dans d'autres points de son étendue : mais nous pensons que ces cas sont infiniment rares, et qu'ils doivent être la suite de quelque lésion de tissu plus ou moins grave, et dont on doit retrouver des traces après la mort.

§. II. *Effet de la communication des cavités droites et gauches du cœur sur la composition du sang et sur la coloration des organes.*

Dans l'état ordinaire, les deux ordres de cavités du cœur sont distincts, et ne permettent pas au sang qui va aux poumons, de se mêler à celui qui en revient: mais quand il y a perforation de l'une des cloisons, il n'en est plus ainsi, il doit y avoir mélange des deux espèces de sang. La chose est assez importante pour que nous cherchions à déterminer avec quelque exactitude les cas où ce mélange a lieu.

Et d'abord rappelons-nous, à part l'espèce de perforation, que le cœur présentait, chez les sujets dont nous avons donné l'histoire, des circonstances anatomiques très-variées: ainsi, ses orifices étant libres, tantôt la perforation existait sans excès d'épaisseur des parois de l'une des cavités, sur celles de la cavité

opposée; tantôt cet excès d'épaisseur, et très-probablement aussi d'action, avait lieu : ou bien, en même temps qu'il y avait inégalité d'action et d'épaisseur des cavités communiquantes, les orifices étaient plus ou moins rétrécis. Or, en supposant la persistance du trou botal, voici l'effet que, dans ces divers cas, la contraction des oreillettes nous semble avoir sur le sang qui y est contenu.

Dans le premier cas, c'est-à-dire, quand il y a égalité d'épaisseur et d'action entre les parois des cavités opposées, les orifices étant libres, quelque grand que soit le trou botal, le mélange ne doit pas avoir lieu, puisque c'est le cas de l'équilibre, et que le sang ayant un passage libre dans le ventricule, y est nécessairement porté tout entier. Dans le second cas, c'est-à-dire quand il y a inégalité d'épaisseur et d'action des parois des oreillettes et liberté des orifices, le mélange nous paraît encore impossible; car les fluides pressant avec une force égale en tout sens, le sang s'échappera tout entier par où il trouvera le moins de résistance, c'est-à-dire, par l'orifice auriculo-ventriculaire, qui ne lui en présente point. Dans le troisième cas, celui de rétrécissement d'un des orifices du cœur avec inégalité de force des parois des oreillettes, il doit nécessairement y avoir mélange du sang, ce liquide trouvant, du côté des ventricules, un obstacle qui l'empêche d'y passer dans un temps déterminé.

La circonstance nécessaire au mélange des deux espèces de sang, au moment de la contraction des oreillettes, est donc un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire. Toutefois, cet orifice restant

libre, le mélange pourrait encore avoir lieu, dans les cas où, par la diminution de la cavité du ventricule, à la suite de son hypertrophie, l'oreillette ne pourrait s'y décharger que très-incomplètement; puisqu'il y aurait, comme dans le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, obstacle à la circulation.

On montrerait sans peine, en appliquant aux ventricules ce que nous venons de dire relativement aux oreillettes, que dans les mêmes circonstances de perforation de leur cloison, d'épaississement de leurs parois, etc., etc., le rétrécissement des orifices artériels est une circonstance nécessaire au mélange du sang qu'ils contiennent. Et si maintenant on adapte ces réflexions aux faits rapportés, on verra que le mélange des deux espèces de sang avait lieu dans un grand nombre d'entre eux, puisque, sans compter les cas dans lesquels l'aorte naissait des deux ventricules, et ceux qui offrent l'exemple du canal artériel conservé, il y en a neuf de rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire.

Mais le moment où les cavités du cœur se contractent n'est pas le seul dans lequel il y ait mélange des deux espèces de sang; ce mélange doit encore avoir lieu par l'effet de l'impulsion, au moment où le liquide aborde dans les cavités qui sont le siége de la perforation, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas rétrécissement des orifices, ce qui importe peu, puisqu'il ne s'agit que du mélange du sang, avant la contraction des cavités où il aborde. D'où il suit, que dans tous les cas de communication des cavités droites avec les cavités gauches du cœur, ce mélange doit avoir lieu, à un degré plus ou moins marqué.

Mais quel peut être son effet sur la coloration des organes, et sur celle de la peau en particulier?

Quand, à l'ouverture du corps de ceux qui n'ont pas offert de coloration bleue pendant la vie, on a trouvé une ouverture de communication plus ou moins large entre les cavités gauches et droites du cœur, on en a conclu que le mélange du sang n'avait pas existé, c'est-à-dire, en d'autres termes, qu'on a supposé que toutes les fois que ce mélange avait lieu, la coloration en bleu devait nécessairement s'ensuivre. La conséquence pourrait paraître rigoureuse, s'il s'agissait d'organes pénétrés d'une grande quantité de sang, et qui, dans l'état naturel, sont d'un rouge vermeil; bien que l'expérience montre qu'alors même les choses sont loin de se passer toujours ainsi. Mais quand il s'agit de la peau, ou d'un organe blanc quelconque, auquel n'arrive qu'une petite quantité de fluide rouge, on ne voit plus trop pourquoi cette coloration en bleu aurait lieu d'une manière nécessaire; on oublie d'ailleurs qu'il ne s'agit que d'un simple mélange, peut-être peu considérable; que les artères ne sont pas remplies d'un fluide noir, et que par conséquent la peau, fût-elle rouge au lieu d'être blanche comme elle l'est dans l'état naturel, ne changerait pas entièrement de couleur, dans le cas dont il s'agit. Pour que la coloration de la peau en bleu fût une suite nécessaire du mélange du sang noir et du sang rouge, il faudrait que par suite de ce mélange la couleur de la sérosité fût profondément altérée; car alors on se trouverait, sous ce rapport, dans le cas de l'ictère, dans lequel la couleur jaune de la sérosité se manifeste tôt ou tard dans tous les tissus, et primitivement dans

ceux qui, comme la peau, reçoivent une grande quantité de fluides blancs. Ici, au contraire, à l'ouverture du cadavre de ceux qui ont succombé à une maladie du cœur, avec la lésion qui nous occupe, même dans un âge avancé (Obs. VI), on trouve la couleur du cerveau et généralement celle de tous les viscères dans l'état naturel; et s'il y a eu inflammation, la couleur des organes enflammés ne paraît pas différer sensiblement de ce qu'elle est dans les circonstances ordinaires. (Obs. III, XIII.) Dans un seul cas, la couleur du cerveau a paru altérée, mais les termes employés par l'auteur de la description laissent ignorer en quoi consistait cette altération.

L'examen attentif des symptômes vient à l'appui de ces considérations; car on voit rarement la couleur bleue en rapport avec le mélange dont il s'agit, et quelquefois, chez le même sujet, l'aspect de la peau change, sans qu'on puisse soupçonner un changement quelconque dans la conformation du cœur à l'époque à laquelle la coloration bleue s'est manifestée. Ainsi, dans la première observation, bien que le trou botal n'eût que la largeur d'une lentille, que les différentes cavités et les orifices du cœur fussent libres, la couleur bleue du visage a été beaucoup plus marquée que dans d'autres cas où la largeur de l'ouverture de communication des cavités à sang noir et à sang rouge, jointe au rétrécissement de l'artère pulmonaire, était une cause puissante du mélange des deux sangs. Dans l'observation recueillie par M. Ribes, bien que l'aorte partît du ventricule droit, et que le mélange dont il s'agit eût nécessairement lieu depuis la naissance, la coloration du visage

en bleu ne fut observée avec tous les symptômes des maladies du cœur, qu'à l'âge de trois ans.

Il est donc impossible, soit qu'on s'appuie sur le raisonnement ou sur l'expérience, de soutenir que la couleur bleue soit un effet du mélange du sang noir et du sang rouge, d'autant plus que d'après ce qui a été dit, ce mélange paraît avoir lieu à un degré plus ou moins marqué dans tous les cas, et que néanmoins, au rapport des auteurs, et d'après les observations que nous avons citées, la couleur bleue est loin d'être constante et surtout générale (obs. IV). Ajoutons, comme le remarque M. le professeur Fouquier, à la suite de l'observation recueillie par M. Thibert, que la peau du fœtus où ne circule que du sang noir, n'est pas bleuâtre.

L'impossibilité d'expliquer la couleur bleue dans les cas dont il s'agit, par le mélange des deux espèces de sang, étant bien démontrée, il faut considérer les faits sous un autre point de vue. Morgagni nous semble avoir donné la véritable explication de celui qui nous occupe, dans le commentaire de l'observation que nous lui avons empruntée. Pour se rendre compte de la couleur livide dont il s'agit, il remarque que le rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire, par suite d'une ossification qu'il croit congénitale, devait causer un grand embarras dans la circulation du sang; que celui-ci restait en stagnation dans le ventricule droit, l'oreillette correspondante et par suite dans tout le système veineux, d'où résultait la couleur livide de la peau. Cette explication nous semble d'autant meilleure, qu'on ne saurait en donner une autre de la coloration bleue qu'on observe si sou-

vent dans l'anévrisme des différentes cavités du cœur; qu'il y avait aussi anévrisme dans tous les cas de perforation précédemment rapportés, et qu'enfin, la coloration en bleu dans l'anévrisme est généralement plus forte quand la maladie se trouve à droite, que quand elle existe du côté gauche. Ce qui se passe quand on pratique la saignée, est encore d'un grand poids en faveur de notre opinion. Dans ce cas, en effet, le bras devient bleu, non par défaut de sang artériel, car quelque serrée que soit alors la ligature, ce sang arrive toujours au bras lié; mais la ligature suspend plus ou moins complètement le cours du sang dans les veines; elles en sont engorgées, c'est-à-dire qu'il arrive alors, dans une partie du corps, ce qui a lieu dans quelques cas rares, dans toute son étendue, quand l'obstacle au cours du sang devient universel, par sa situation au centre même de la circulation.

Ajoutons à tout ce qui précède, que la couleur bleue ou noire, observée seulement deux fois par tout le corps chez les sujets dont nous avons donné l'histoire, devenait ordinairement générale au milieu des accès de suffocation, c'est-à-dire au moment où la gêne de la circulation était le plus marquée, comme on le voit chez certains asthmatiques. M. Fouquier rapporte un exemple bien remarquable de ce fait, dans la note qui accompagne l'observation de M. Thibert.

§. III. *Symptômes.*

Nous ne nous arrêterons pas à tous les symptômes consignés dans l'histoire de nos malades, parce que toutes ces observations étant aussi des exemples d'a-

névrisme du cœur, il faudrait répéter, sans le moindre avantage, tout ce qui est relatif à cette affection, et nous nous bornerons presque uniquement à l'examen des symptômes qui, par leur réunion ou le caractère particulier qu'ils présentent, peuvent servir à faire reconnaître la disposition anatomique dont il s'agit.

Les symptômes assignés par M. Caillot aux communications des cavités droites et gauches du cœur, sont : 1°. une teinte livide ou bleuâtre de la peau, et surtout de celle de la face, augmentant par des efforts de colère ; 2°. des syncopes plus ou moins fréquentes ; 3°. une diminution de la chaleur vitale, ou une sensibilité plus ou moins grande au froid ; symptômes auxquels M. Laennec ajoute un étouffement plus considérable que dans les autres maladies du cœur.

Les deux faits observés par M. Caillot (obs. XVI, XVII) offrent, à un degré plus ou moins marqué, la réunion de ces symptômes, à l'exception néanmoins de la sensibilité au froid, qui n'a été notée que dans l'un d'eux ; et l'état du cœur indique assez que le mélange des deux espèces de sang devait être considérable dans les cas dont il s'agit. On devrait croire que dans les mêmes circonstances d'organisation les mêmes symptômes ne peuvent manquer de se reproduire ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Sur sept cas de communication avec rétrécissement de l'artère pulmonaire, dans lesquels tous les accidens ont été notés avec soin, les syncopes, plus ou moins fréquentes, n'ont été observées que chez cinq sujets ; et sur un pareil nombre de faits de perforation sans rétrécissement, auquel cas le mélange des deux es-

pèces de sang devait être beaucoup moins marqué, les lipothymies ont été observées quatre fois; proportion qui est à-peu-près la même que dans la première série, et sans aucun rapport avec les qualités présumées du sang. La couleur violacée du visage a eu lieu chez tous les sujets qui offraient, avec la perforation, un rétrécissement plus ou moins marqué de l'orifice de l'artère pulmonaire; elle a manqué dans quelques-uns des cas où ce rétrécissement n'existait pas, ce qui ne saurait infirmer ce que nous avons dit précédemment des causes de la coloration bleue, la différence dont il s'agit devant être considérée comme le résultat de celle qui existait dans les obstacles à la circulation. Une dyspnée plus ou moins forte a existé chez la plupart des sujets, et en proportion à-peu-près égale chez ceux qui offraient ou qui n'offraient pas de rétrécissement des orifices. La sensibilité au froid et l'abaissement de température n'ont été notés que quatre fois (obs. VII, XIV, XVI, XIX), et dans ces cas le refroidissement n'avait lieu que pendant les accès de suffocation.

Ainsi donc, si les symptômes assignés par M. Caillot aux communications des cavités droites et gauches du cœur s'observent assez fréquemment, il est vrai de dire que leur réunion manque dans bien des cas, qu'on les rencontre quelquefois au même degré, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas rétrécissement des orifices; qu'ils ne sont en quelque sorte que l'exagération des symptômes propres aux anévrismes du cœur, et que par conséquent leur réunion, alors même qu'ils se présentent avec une certaine énergie, ne peut fournir que des probabilités; tandis que leur

absence ou leur peu de développement ne prouve pas qu'il y ait absence de perforation.

Toutefois, si la couleur livide du visage, les syncopes plus ou moins fréquentes, la sensibilité au froid ou une diminution de la chaleur vitale, l'étouffement plus marqué que dans les autres maladies du cœur, ne suffisent pas pour assurer le diagnostic, nous pensons qu'une suffocation très-marquée qui revient par accès plus ou moins exactement périodiques, ou du moins très-fréquens, accompagnée ou suivie de lipothymies, avec ou sans coloration bleue de la peau, et provoquée par les moindres causes, forme en quelque sorte un signe pathognomonique de la perforation qui nous occupe. Les XIV, XV, XVI, XVII et XVIII[e] observations sont des exemples fort remarquables de ces symptômes; dans ces cas, la dyspnée devenait tout-à-coup considérable, s'accompagnait de mouvemens convulsifs, de lividité de la face, et quelquefois de tout le corps; ou bien, elle était suivie d'une syncope plus ou moins complète. Quelquefois la mort est survenue au milieu des accès de suffocation, au moment où l'état du malade semblait s'améliorer. (Obs. XVIII.)

Si nous jetons un coup-d'œil rapide sur les autres symptômes, nous verrons que les palpitations ont été observées très-fréquemment; que l'intermittence, l'irrégularité du pouls, le bruit de soufflet et le frémissement à la région précordiale, l'ont été bien plus rarement; que quatre de nos malades ont eu des hémorrhagies nasales fortes; qu'enfin, l'infiltration des membres et l'épanchement de sérosité dans les cavités splanchniques se sont offerts assez rarement,

ce qui mérite d'être remarqué, vu leur fréquence dans les maladies ordinaires du cœur.

Il est inutile de s'arrêter beaucoup sur le *pronostic* d'une lésion aussi grave; mais ce qui vient d'être dit montre de quelle manière il faut entendre la gravité du pronostic, et que dans les cas où l'on serait assuré de l'existence de la maladie, on ne devrait pas compter un instant sur la vie du malade.

La marche de l'affection et l'époque plus ou moins rapprochée de la mort ne doivent pas être passées sous silence. Quelquefois, comme nous avons vu, cette marche est signalée par des accès plus ou moins réguliers de suffocation accompagnée de lipothymies, et les sujets chez lesquels ce symptôme existe de la manière la plus tranchée sont ceux qui vivent le moins. Les XVI, XVII, XVIII, XIXe observations, dans lesquelles nous voyons les malades mourir dans la onzième, dans la troisième, dans la sixième, dans la première année de leur existence, en sont la preuve : mais les mêmes observations, auxquelles nous pouvons joindre la vingtième, montrent aussi que les accès de suffocation qui semblent menacer la vie à chaque instant, peuvent se renouveler fort long-temps, trois et même un plus grand nombre d'années, avant d'amener la mort. Dans la très-grande majorité des cas, la marche de l'affection n'a pas différé sensiblement de celle de l'anévrisme, et dans quelques circonstances (ce qu'on ne saurait assez remarquer), les symptômes d'une maladie du cœur n'ont paru qu'un petit nombre de jours avant la terminaison fatale. Les premiers signes de l'affection se sont manifestés dans certains cas,

(obs. II, VII) à la naissance, mais ordinairement à une époque plus ou moins éloignée, quoique le mélange des deux espèces de sang fût certainement congénital.

La durée de la vie n'a été proportionnée ni à celle des symptômes, ni à l'altération présumée du sang. Ainsi, dans les deux cas où le canal artériel persistait, la mort n'a eu lieu qu'à la vingt-neuvième et à la quarantième année : la femme qui fait l'objet de la sixième observation, bien qu'ayant éprouvé dès l'enfance les premiers symptômes d'une maladie du cœur, n'est morte qu'à l'âge de cinquante-sept ans, et d'un ramollissement du cerveau! Cette observation est d'ailleurs faite pour exciter notre étonnement à plus d'un titre; car l'hypertrophie du ventricule droit, arrivée au point de donner à ses parois de onze à seize lignes d'épaisseur, existait sans doute depuis long-temps à l'époque de la mort, et aurait dû, ce semble, l'amener en très-peu d'années. En outre, vu la petitesse extrême du ventricule droit qui, dans aucun cas, ne pouvait, à raison du rétrécissement extrême de l'orifice de l'artère pulmonaire, livrer aux poumons qu'une petite quantité de sang, le mélange de ce liquide, par le trou botal, a dû être considérable; de manière qu'un sang de plus ou moins mauvaise qualité, aura probablement circulé pendant toute la vie de la malade, non-seulement sans produire une couleur bleue universelle, mais même sans paraître nuire beaucoup au développement de cette femme, dont le flux menstruel avait été régulier jusqu'à l'âge de quarante-sept ans, époque à laquelle les symptômes de la maladie du cœur sont devenus beaucoup plus intenses.

Le mélange des deux espèces de sang est donc un peu moins délétère qu'on ne l'aurait imaginé d'abord; et puisqu'il est toujours accompagné d'un plus ou moins grand nombre de lésions des parois ou des orifices du cœur, et que dans beaucoup de cas ces lésions parcourent leurs différentes périodes avec autant de lenteur que si le mélange en question n'avait pas lieu, il est évident que la cause de la mort des individus chez lesquels il existe, ne réside pas en lui, qu'il n'y a très-probablement que la moindre part.

Les réflexions précédentes s'appliquent comme d'elles-mêmes à la xe observation, dont le sujet est mort à l'âge de vingt-trois ans, avec les symptômes les plus graves d'une maladie du cœur, d'une double affection du cerveau et des poumons, et dont la dernière, parvenue à son dernier degré, paraît avoir marché avec une extrême lenteur, comme on l'observe quelquefois quand elle est sans complication.

En dernière analyse, 1°. la communication des cavités droites et gauches du cœur a lieu de plusieurs manières, mais le plus ordinairement au moyen du trou botal, ou de la perforation de la cloison des ventricules.

2°. Elle était congénitale chez les sujets dont nous avons donné l'histoire, et elle paraît avoir presque constamment la même origine.

3°. Elle coïncide, dans plus de la moitié des cas, avec un rétrécissement très-marqué de l'artère pulmonaire, lequel date aussi de la naissance.

4°. Elle est constamment accompagnée de la dilatation d'une ou de plusieurs des cavités du cœur, le plus ordinairement de celles du côté droit. Il y a en même temps hypertrophie de ces dernières, ce qui

est l'opposé de ce qu'on observe habituellement dans les maladies du cœur.

5°. L'effet de cette communication est un mélange plus ou moins marqué du sang rouge et du sang noir.

6°. Ce mélange a lieu, dans tous les cas, à l'entrée du sang dans les cavités communiquantes.

7°. Il s'opère encore, à sa sortie des mêmes cavités, quand l'orifice par lequel il s'échappe est plus ou moins rétréci.

8°. La coloration de la peau en bleu est rarement universelle ; quelquefois on ne l'observe au visage que dans les dernières semaines de l'existence, ou bien encore elle ne se manifeste à aucune époque de la vie.

9°. On doit l'attribuer ici, comme dans les maladies du cœur sans communication des deux ordres de cavités, à un obstacle à la circulation du sang dans les veines.

10°. La communication des cavités du cœur, le mélange des deux espèces de sang, leur passage des cavités droites dans les cavités gauches, ont ordinairement lieu long-temps avant que la santé n'en paraisse altérée.

11°. Les symptômes assignés à cette communication, c'est-à-dire la coloration bleue, les lipothymies, la sensibilité au froid et l'étouffement, ne sont en quelque sorte que l'exagération de ceux qu'on observe ordinairement dans l'anévrisme du cœur, et manquent assez souvent.

12°. Le seul symptôme qui puisse annoncer d'une manière sûre la communication dont il s'agit, est une suffocation plus ou moins considérable, qui revient par accès souvent périodiques et toujours très-fré-

quens, accompagnée ou suivie de lipothymies, avec ou sans coloration bleue de tout le corps, et provoquée par les moindres causes.

13°. Le mélange du sang noir et du sang rouge, même à un degré considérable, du moins en apparence, n'est incompatible ni avec une existence assez prolongée, ni avec le développement des facultés intellectuelles.

14°. Il n'a pas d'influence sensible, ou du moins connue, sur la marche des maladies intercurrentes.

MÉMOIRE

SUR

LES ABCÈS DU FOIE.

Malgré les nombreux ouvrages qui existent sur les maladies du foie, les affections de ce viscère sont encore bien peu connues, et les efforts plus ou moins heureux qu'on a faits jusqu'ici pour en débrouiller le chaos, ne font guère qu'attester la disette d'observations précises sur cet objet. Bien que moins difficile à faire que celle des autres maladies du foie, l'histoire de l'hépatite laisse beaucoup à désirer, soit qu'on examine ses causes, ses symptômes et ses différentes terminaisons; et, pour ne parler que de celles-ci, c'est encore une question, pour plusieurs médecins, de savoir si les abcès du foie, qui contiennent un pus homogène, onctueux, louable en un mot, peuvent exister dans son épaisseur, ou s'il ne s'en trouve de tels qu'à sa surface, entre lui et les membranes qui le recouvrent. Une semblable question aurait sans doute cessé d'en être une depuis long-temps, si, dans les ouvertures de cadavres, on examinait avec soin tous les viscères; et si nous pouvions en juger d'après nos propres observations, les abcès situés à l'intérieur du foie et contenant un pus louable, ne seraient pas les

moins fréquens; car sur quatre cent trente sujets dont nous avons examiné attentivement tous les organes, nous en avons trouvé cinq exemples, et nous n'en avons pas recueilli d'une autre espèce. Nous allons exposer ces différens cas, tous plus ou moins compliqués, et nous décrirons avec soin leurs diverses complications; car si, pour faire l'histoire générale d'une maladie et connaître les symptômes qui la caractérisent, il faut procéder par voie d'abstraction à l'examen des faits particuliers, on doit exposer ceux-ci dans leur entier, afin de mettre celui qui lit à même de savoir si l'on a bien ou mal abstrait, si l'on n'a pas rapporté à une lésion les symptômes qui appartiendraient à une autre.

Ire Observation.

Une fille, âgée de vingt-un ans, d'une constitution délicate, d'une taille moyenne, d'un embonpoint modéré, fut admise à l'hôpital de la Charité le 19 décembre 1822. Rarement enrhumée, ayant eu ses règles à quatorze ans, elle était accouchée depuis vingt-quatre jours. L'accouchement avait été naturel, peu douloureux, et la malade avait quitté l'hôpital Saint-Louis, où il avait eu lieu, sept jours après. Trop légèrement habillée, elle eut froid en chemin; mais arrivée chez elle, elle se réchauffa promptement, et un léger *rhume*, contracté le lendemain de sa couche, ne fut pas sensiblement augmenté. Ses forces se relevèrent un peu les jours suivans, et l'écoulement

rouge fut bientôt remplacé par un écoulement blanc assez copieux, qui diminua sept jours avant l'admission de la malade à l'hôpital, au début de l'affection.

Celle-ci s'annonça par une douleur assez vive à la région précordiale et un peu au-dessous, suivie, dans la soirée, de frissons et de tremblemens, puis de chaleur et de sueur. Cette douleur cessa le lendemain, et quatre jours après il y en eut une autre assez vive du côté droit de la poitrine, qui augmentait beaucoup par les plus légers efforts de toux, heureusement peu fréquens, et que la malade retenait de toutes ses forces. Les frissons s'étaient renouvelés tous les jours dans la soirée, depuis le début; et dès-lors la soif avait été vive, l'anorexie complète; il y avait eu des nausées quand la malade était restée quelque temps sans boire, et du dévoiement sans coliques. Une forte application de sangsues avait été faite sur le côté droit, quelques heures après l'entrée de la malade à l'hôpital, et le lendemain nous la trouvâmes dans l'état suivant.

Figure un peu abattue et souffrante, légèrement nuancée de jaune; faiblesse considérable, douleurs lombaires, intelligence en bon état, point de céphalalgie: langue molle, rousse et sèche antérieurement, blanchâtre et humide sur les bords; anorexie, soif vive, douleur à l'épigastre augmentée par les boissons froides; décubitus élevé, à gauche, depuis le début; respiration courte, accélérée, plaintive, répétée quarante-cinq fois par minute; douleur sous la mamelle droite, vive, lancinante, assez profonde, augmentant néanmoins par la pression: quand on appliquait le stéthoscope sur cette partie, on n'entendait qu'un commencement d'inspiration; elle ne paraissait pas

trachéale, il n'y avait pas d'égophonie : la chaleur était élevée, le pouls fréquent, à cent vingt pulsations par minute, sans étroitesse; la sensibilité au froid très-grande. La diarrhée continuait, il y avait eu un peu de sueur pendant la nuit. (Viol. avec le sir. de gom., *ter;* pot. gom., lavem. de lin, *bis.*)

Le lendemain 21, le nez, les lèvres et les pommettes étaient violacés, le reste de la figure pâle, la faiblesse extrême; la malade disait souffrir très-peu, s'était plainte toute la nuit, s'exprimait avec peine, avait la langue aride, le pouls extrêmement petit, faible et accéléré.

La toux fut fréquente le reste du jour, et pendant la nuit il y eut beaucoup d'agitation, la malade parla sans cesse et toujours de sa maladie. Le 22, au moment de la visite, elle paraissait jouir de son intelligence, disait ne pas souffrir, excepté dans quelques points mal déterminés de l'abdomen; avait le nez et une partie de la joue droite d'un rouge violet, foncé : cette couleur était très-exactement circonscrite, sans gonflement ni altération de la température de la peau; la faiblesse était extrême, il y avait un peu d'anxiété, beaucoup de tendance à l'assoupissement, de manière que le sommeil venait dès qu'on cessait d'interroger la malade. Elle mourut le même jour, à cinq heures du soir, après un délire assez prolongé.

Ouverture du cadavre quinze heures après la mort.

État extérieur. Les mamelles avaient un volume énorme, dû au développement de la glande mammaire. Les taches bleues de la joue et du nez avaient exacte-

ment le même caractère et la même étendue que pendant la vie; l'épiderme adhérait à leur surface comme sur le reste de la peau, qui n'était ni ramollie ni épaissie dans ce point. La couleur bleue n'occupait que la moitié de son épaisseur.

Tête. La dure-mère adhérait d'une manière intime à la suture sagittale, qui offrait, comme les autres, une saillie remarquable à l'extérieur. Il y avait de légères traces d'infiltration sous l'arachnoïde, et une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux du cerveau. La substance médullaire était fort peu injectée.

Cou. Larynx dans l'état naturel; trachée-artère un peu rouge en arrière, dans sa moitié inférieure.

Poitrine. Le cœur et l'aorte n'offraient rien de remarquable. Le poumon gauche était sans adhérences, offrait, à son sommet, un tubercule cru et une petite masse de matière grise demi-transparente, tandis que dans le reste de son étendue on voyait quelques granulations grises de même nature. Du côté droit, les plèvres pulmonaire, diaphragmatique et costale étaient tapissées par une fausse membrane molle, jaunâtre, d'autant plus mince qu'on s'approchait davantage du sommet du thorax, contenant cinq ou six onces de sérosité. Le tissu pulmonaire correspondant offrait à peine quelques traces d'engouement. Les bronches étaient d'un rouge brunâtre dans toute leur étendue.

Abdomen. L'estomac et les intestins étaient considérablement distendus par des gaz. Le foie avait la forme et le volume qui lui sont naturels; son moyen lobe était orangé; le grand, d'un rouge intense dans toute son épaisseur, et généralement plus mou que

dans l'état ordinaire. A sa partie moyenne et dans son épaisseur, se trouvait une cavité un peu inégale, du volume d'un œuf ordinaire, remplie d'un pus légèrement verdâtre, d'une bonne consistance et sans odeur. Elle était tapissée par une fausse membrane, unie à sa face interne, d'un blanc grisâtre, ayant l'épaisseur et la consistance de la muqueuse de l'estomac près du pylore. A son pourtour, le tissu du foie conservait la couleur qu'il avait dans le reste du lobe, mais il était manifestement plus ramolli, dans la largeur de trois lignes, que dans le reste de son étendue. A huit lignes de cet abcès se trouvaient, du côté droit, six petites taches d'un jaune verdâtre, qui nous parurent être du pus concret. Les canaux biliaires n'offraient rien de remarquable : la vésicule contenait une médiocre quantité de bile poisseuse, presque aussi épaisse que la mélasse. — La membrane muqueuse de l'œsophage était saine et couverte de son épiderme. L'estomac contenait peu de liquide; sa muqueuse avait une épaisseur et une fermeté convenables, près du pylore, dans une surface de huit à dix pouces carrés; ailleurs elle était couverte d'un mucus visqueux, avait une légère teinte rose, son épaisseur ordinaire, mais si peu de consistance, qu'on ne pouvait l'enlever par lambeaux, excepté tout près de la portion pylorique indiquée. La membrane muqueuse du duodénum avait, dans ses deux premiers pouces, une couleur orange qui paraissait due à la bile; elle était pâle ensuite, et d'une consistance moyenne. Celle de l'intestin grêle était légèrement ramollie et d'ailleurs parfaitement saine; celle du gros intestin un peu épaissie, d'un rose tendre, et si molle, qu'on l'en-

levait comme du mucus. Les glandes mésentériques et mésocolites étaient à peine visibles. — La rate était petite, d'une bonne consistance et noirâtre dans sa partie inférieure; la matrice trois fois plus volumineuse que dans l'état naturel. Sa cavité contenait un fluide rouge médiocrement visqueux; son tissu avait une couleur rougeâtre et grisâtre, était fragile, facile à rompre, ne contenait pas de pus, et les vaisseaux utérins étaient revenus sur eux-mêmes, au point de n'avoir que leurs dimensions ordinaires.

Ainsi c'est *au milieu* du foie, plus rouge et plus mou que dans l'état ordinaire, que nous avons trouvé une collection de pus blanc, homogène, épais, contenu dans une fausse membrane d'une consistance assez considérable, autour de laquelle le tissu hépatique, dans la largeur de trois lignes, était plus ramolli que partout ailleurs; et comme le ramollissement et la rougeur des tissus sont la suite de leur inflammation aiguë, on peut croire, malgré l'absence des symptômes de l'hépatite, que celle-ci existait partout où le foie était rouge et ramolli, et avec d'autant plus de raison, que le ramollissement était plus prononcé autour de l'abcès que partout ailleurs, c'est-à-dire, là où l'inflammation devait être le plus marquée. Bien que dans l'état actuel de la science la rougeur et le ramollissement du foie ne nous paraissent point suffisans, comme nous l'expliquerons plus tard, pour établir l'existence de l'hépatite, ils en sont néanmoins la suite, et devaient par cela même être signalés.

Mais à quelle époque peut-on faire remonter la for-

mation de l'abcès, et en admettant, comme nous venons de le dire, que le grand lobe du foie fût le siége d'une inflammation aiguë, l'abcès était-il récent? Les symptômes de l'hépatite manquant, on ne peut essayer de répondre à cette question que par des considérations anatomiques. Or, les fausses membranes récentes sont molles et faciles à rompre ; nous verrons dans l'observation suivante des abcès enkystés du foie, dont la formation paraît avoir été rapide, et dont le kyste était fort mou : dans le cas dont il s'agit, au contraire, le kyste avait une fermeté remarquable, ce qui nous semble une raison suffisante de croire que sa formation remontait à une époque antérieure à celle de l'inflammation qui a envahi tout le grand lobe, la membrane muqueuse de l'estomac et celle du gros intestin, c'est-à-dire au-delà des onze derniers jours. D'ailleurs la membrane muqueuse du duodénum était parfaitement saine, la malade ne paraissait pas avoir reçu de coup dans l'hypocondre droit, en sorte que les causes de l'hépatite, comme celles de l'inflammation de tant d'autres tissus, de l'estomac lui-même, dans cette observation, nous échappent entièrement.

Si nous recherchons celle de la mort du sujet, nous la trouverons bien moins dans l'hépatite, et même dans la pleurésie du côté droit, que dans l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac et du gros intestin ; et nous remarquerons à ce sujet, qu'il est assez rare de voir cette double affection marcher d'une manière aussi rapide ; qu'elle avait débuté par une violente douleur à la région précordiale, c'est-à-dire dans un point qui correspondait à-peu-près au grand cul-de-sac de l'estomac, par des nausées et du

dévoiement; que les nausées attribuées par les auteurs à l'hépatite de la face concave du foie n'avaient peut-être pour cause, dans les faits qu'ils ont observés, qu'une complication analogue à celle qui nous occupe. Enfin, l'épaississement, la rougeur et le peu de consistance des parois de l'utérus, indiquaient un état inflammatoire de ce viscère; en sorte qu'un très-grand nombre d'organes offrait des traces d'une inflammation plus ou moins aiguë.

IIe Observation.

Un fontainier, âgé de vingt-trois ans, d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte, parfaitement bien conformé, d'un embonpoint médiocre, laborieux et sobre, éprouva, au mois de mars 1824, tous les symptômes d'une affection aiguë inflammatoire de la muqueuse gastro-intestinale. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique assez énergique, les accidens, qui ne furent jamais bien graves, disparurent assez promptement; et après y être resté un mois, le malade quitta l'hôpital, parfaitement bien portant, à part un peu de diarrhée. Celle-ci persista, mais à un degré peu considérable, dans les *deux années* suivantes, sans nuire à la régularité des digestions, sans empêcher le sujet de se livrer à ses travaux habituels, sans altérer sa nutrition, en sorte que quand nous le revîmes le 24 mars 1816, il avait conservé son embonpoint. Ayant eu fréquemment, depuis deux années, des maux de tête et des étourdissemens, il leur avait opposé des sangsues par intervalle; ces maux de

tête étaient continus depuis deux mois, accompagnés de symptômes graves depuis dix jours, et dès cette dernière époque, le malade avait cessé toute espèce de travail. Il était au lit depuis six jours.

Au début, le 22 février, frisson assez violent, prurit dans les membres inférieurs, anorexie, soif; les frissons ne se renouvelèrent pas, et furent remplacés par une chaleur forte : dans les six derniers jours, il y eut parfois des nausées, plus souvent de légères douleurs de ventre et de la constipation; les nuits furent plus ou moins agitées, le malade avait des étourdissemens dès qu'il se tenait debout. Après un *rhume* de deux mois, qui avait cessé depuis trois semaines, la toux était revenue, bien que fort légère, dans les dernières vingt-quatre heures. Deux saignées avaient été pratiquées, l'une le premier, l'autre le sixième jour de la maladie, sans amélioration évidente.

Le 25 mars, figure peu animée, air de malaise assez fortement exprimé, exercice de l'intelligence pénible, le moindre effort de mémoire est fatigant, et néanmoins les mêmes questions faites à quelque distance les unes des autres, amènent toujours les mêmes réponses: céphalalgie très-légère, étourdissement dès que le malade se lève; ulcération de la largeur d'une pièce de deux francs au pli du bras gauche, irrégulièrement arrondie, à bords minces et inégalement décollés, à fond inégal, fournissant un pus de bonne qualité, suite de la première saignée : tumeur peu considérable au pli du bras droit, contenant un liquide de même nature, ayant succédé à la même opération, facile à vider par un orifice étroit placé à son sommet; mouvement des bras extrêmement

douloureux et bornés. Anorexie, soif, bouche pâteuse; langue un peu sèche au centre, blanchâtre, tiquetée de rose à son pourtour, sans augmentation de sa rougeur naturelle; douleur à l'épigastre, par la pression seulement, trois selles liquides et sans coliques, dans les dernières vingt-quatre heures; urine facile: pouls assez plein, très-fréquent (cent quarante-quatre pulsations par minute), régulier, chaleur peu élevée; toux nulle, tête basse. Le malade éprouvait un malaise universel sans pouvoir indiquer le point où il souffrait le plus. (Solut. de sir. tartar., *ter;* saignée de pied, diète absolue.)

Il y eut six selles dans les vingt-quatre heures qui suivirent, et de l'agitation pendant la nuit: le surlendemain les pommettes étaient plus rouges que la veille, l'expression de la figure comme il a été dit, les réponses justes, toute la surface du corps un peu jaunâtre, la soif plus vive encore que le jour précédent; l'épigastre peu douloureux, la région sus-pubienne davantage, l'hypochondre droit tendu et très-sensible à la pression, la chaleur élevée; le pouls large, moins fréquent, à cent seize; la faiblesse encore augmentée; en sorte que le malade vacillait sur ses jambes comme un homme ivre, quand il descendait du lit. (Tis. de riz. av. le sir. tartar., *ter;* tis. d'orge éd., *ter;* lav. de lin, *bis;* douze sangsues à l'anus.)

La perte de sang fut assez considérable, il y eut cinq selles dans la journée. Le 27, la couleur jaune était beaucoup plus prononcée que la veille, la tension et la sensibilité de l'hypochondre droit n'avaient pas augmenté, le malade ne se plaignait pas, ne témoignait de douleur que quand on exerçait une pres-

sion plus ou moins forte sur l'abdomen; les pommettes étaient d'un rouge cuivré, la physionomie sombre, sans annoncer de profondes douleurs, le pouls à cent huit, la chaleur élevée, la langue sèche, rousse et épaisse.

Dans la journée, assoupissement, selles involontaires; le 28, l'intensité de la couleur jaune a encore fait des progrès, la somnolence est presque continue, le malade se réveille aisément, mais se rendort aussitôt, les yeux demi-ouverts; la respiration est médiocrement accélérée, la langue blanchâtre, humide, épaisse, piquetée de rose au centre, le pouls peu fréquent et redoublé (saignée de dix onces.)

Le sang se couvrit d'une couenne jaune, médiocrement épaisse, demi-transparente; la sérosité qui environnait le caillot était peu abondante, d'un jaune verdâtre; les selles furent médiocrement nombreuses et involontaires. Le 29, la figure exprimait l'embarras et le malaise, la parole était inintelligible, et c'était seulement par des gestes qu'on pouvait comprendre que le mal de tête était peu considérable et la soif toujours intense; la langue était sèche, lisse, ne se portait que fort peu en avant de l'arcade dentaire inférieure; la tension de l'hypochondre droit était augmentée, tout l'abdomen légèrement sensible à la pression, les mouvemens du thorax plus accélérés que de coutume, le bruit respiratoire fort et sans râle dans tout le côté gauche de la poitrine, très-faible à droite en arrière, et à-peu-près nul antérieurement et sur les parties latérales du même côté; dans les mêmes points, la percussion de la poitrine était obscure ou complètement matte. La somnolence continuait.

Elle fut momentanément suspendue dans l'après-midi, par une vive douleur de gorge dont le malade se plaignoit beaucoup. Ses plaintes se renouvelèrent à plusieurs reprises jusquà trois heures du matin, moment où la respiration devint excessivement gênée et râlante. A l'heure de la visite, le cou était très-volumineux, le râle entendu d'un bout à l'autre de la salle St.-Jean, et exactement semblable aux derniers gémissemens d'un animal qu'on égorge. Couché à droite, la tête basse, le sujet indiquait par les mouvemens auxquels il se livrait de loin en loin, une profonde anxiété; il avait encore toute sa connaissance, et, ayant essayé de dire un mot, sa voix fut manifestement croupale. Il s'aida encore un peu, quand M. Chomel voulut le mettre à son séant pour voir le fond de sa gorge; la luette parut très-volumineuse et infiltrée, le voile du palais l'était aussi, et M. Chomel annonça un œdème de la glotte; mais à raison de la maladie antérieure et des désordres présumés dans les viscères de l'abdomen, il ne voulut pas tenter la trachéotomie, ordonna seulement une forte application de sangsues au cou; et avant qu'elle fût faite, à huit heures du matin, le malade mourut.

Ouverture du cadavre vingt-huit heures après la mort.

État extérieur. La peau était d'un jaune très-foncé, la roideur cadavérique considérable, le squelette parfaitement régulier, les formes bien dessinées, l'embonpoint peu considérable, les muscles d'une bonne couleur, les veines superficielles du bras gauche parfaitement saines, au-dessus et au-dessous de la saignée;

la peau rouge, non épaissie, décollée dans la longueur de cinq à six lignes, autour de l'ulcération placée au pli du même bras.

Tête. Quelques traces d'infiltration sous-arachnoïdienne, légère injection de la pie-mère ; substance corticale du cerveau d'un rose bleuâtre très-prononcé, substance médullaire injectée, l'une et l'autre d'une bonne consistance ; moins d'une petite cuillerée de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux. Le cervelet et la protubérance annulaire offraient la même rougeur, la même injection et la même fermeté relative que le cerveau.

Cou. Le volume du cou était beaucoup moins considérable que pendant la vie : le tissu cellulaire qui en occupait la partie supérieure était infiltré de sérosité, et derrière la carotide droite, cette sérosité était purulente. Autour de la luette et sur les piliers du voile du palais, l'infiltration était épaisse ; elle ne l'était pas moins au-devant de l'épiglotte, où le tissu infiltré se trouvait de niveau avec le sommet de cet organe ; et des rides larges et multipliées de la membrane muqueuse qui recouvrait cette infiltration, semblaient indiquer qu'elle avait été plus considérable encore. Le repli membraneux qui va du côté droit de l'épiglotte au cartilage arythénoïde correspondant, était aussi très-infiltré : il en était de même du ventricule droit du larynx, qui se trouvait sur le même plan que la corde vocale supérieure, au-dessus de laquelle la paroi de l'organe faisait une légère saillie, et encore par suite d'une légère infiltration du tissu sous-muqueux. Dans tous ces points, la sérosité était jaune. La membrane muqueuse du pharynx semblait

de la même couleur, ce qui provenait de l'infiltration d'un peu de sérosité purulente dans le tissu cellulaire sous-jacent. La couche musculaire correspondante avait environ trois lignes d'épaisseur sur la ligne médiane, un peu moins sur les parties latérales, une couleur pâle, une consistance médiocre, était entremêlée de stries jaunes, purulentes.

Poitrine. Le cœur était sain, d'un volume convenable; ses ventricules contenaient quelques concrétions succiniformes. L'aorte n'offrait rien de remarquable. Le poumon gauche présentait quelques adhérences à son sommet, et, un pouce et demi au-dessous, une espèce de noyau très-ferme, au milieu duquel se trouvaient deux excavations un peu anfractueuses, placées à quatre ou cinq lignes de distance de la plèvre, du volume d'une aveline de moyenne grosseur. Ces excavations renfermaient un liquide trouble et d'un rouge obscur, au milieu duquel se trouvaient des débris de matière jaunâtre, d'apparence tuberculeuse. Elles étaient tapissées par une membrane d'un blanc grisâtre, de plus d'un demi-millimètre d'épaisseur, et communiquaient avec les bronches, qui se trouvaient manifestement élargies, sans autre altération appréciable, dans ce point. Le tissu qui les environnait était homogène, d'un rouge brun médiocrement foncé, non évidemment grenu. Le poumon droit offrait aussi, près de son sommet, deux excavations semblables à celles qui viennent d'être décrites; mais l'une d'elles était un peu plus considérable, et ses parois, du côté de la plèvre, se trouvaient uniquement formées par celle-ci et par une fausse membrane médiocrement épaisse, et de même nature que celle

que nous avons décrite à gauche. On voyait, autour de ces cavités, quelques granulations grises demi-transparentes, et entre elles, deux tubercules crus. Le poumon droit était encore tapissé dans toute sa hauteur, par une fausse membrane qu'on en séparait aisément. excepté à sa base et vis-à-vis l'excavation, à laquelle elle adhérait d'une manière intime. Cette fausse membrane n'adhérait pas moins aux plèvres diaphragmatique et costale, était divisée inférieurement, dans la hauteur de quatre à cinq pouces, en deux feuillets, dans l'écartement desquels se trouvait une demi-pinte de pus très-épais et d'un beau jaune. Cette espèce de sac membraneux offrait une surface inégale ; son feuillet externe avait trois à quatre lignes d'épaisseur, et davantage dans quelques points; l'interne n'était guère moins épais. Au-dessus de leur point d'écartement, on les séparait avec peine, et la fausse membrane s'amincissait à mesure qu'on s'en éloignait. Elle offrait dans toute sa hauteur une foule de petits abcès, dont le nombre et les dimensions augmentaient du sommet à la base du thorax; ils communiquaient tous entre eux, étaient incomplètement séparés par des cloisons transversales, un peu rougeâtres et luisantes, très-fermes, continues à la fausse membrane dont elles faisaient partie, et contenaient un pus homogène, parfaitement semblable à celui dont nous avons parlé. Quelques-uns d'entre eux communiquaient aussi avec l'espèce de sac formé par l'écartement des feuillets de la fausse membrane, et en coupant celle-ci perpendiculairement à son épaisseur, elle offrait l'aspect des poumons, quand ils sont presque entièrement transformés en petites excavations tuber-

culeuses. Outre ces abcès, on trouvait encore un assez grand nombre de petits corps arrondis, presque miliaires, d'un jaune foncé, opaques, dans la moitié supérieure de la fausse membrane. Celle-ci envoyait dans les scissures interlobulaires, des prolongemens peu épais, d'une fermeté médiocre, et qui contenaient, dans leur épaisseur, un assez grand nombre de granulations blanchâtres, évidemment tuberculeuses.

Abdomen. Le foie était volumineux, débordait les côtes de quatre travers de doigt, atteignait inférieurement la crête de l'os des îles, et supérieurement l'espace qui sépare les cinquième et sixième côtes : il avait une couleur rouge beaucoup plus foncée que de coutume, une consistance deux fois moins considérable que dans l'état ordinaire, et offrait à droite du ligament suspenseur une tache jaune qui correspondait, comme nous verrons, à de petits abcès. Entre le diaphragme et lui, se trouvait une certaine quantité de pus, dont la source était un vaste abcès creusé dans son bord obtus, et ouvert à son extrémité droite. Cet abcès était divisé en deux parties par une cloison incomplètement détruite, qui formait une espèce d'étranglement : la portion placée à gauche avait le volume d'un œuf de poule ; celle qui était à droite, celui d'un œuf d'oie. Cette vaste cavité, plus ou moins anfractueuse, contenait un liquide verdâtre, trouble, semblable à du petit-lait, et une assez grande quantité de véritable pus ; était tapissée par une fausse membrane blanchâtre, opaque, peu consistante, épaisse d'un millimètre, offrant, à sa face interne, des espèces de plis de deux à trois lignes de hauteur, qui naissaient de toute sa surface, étaient

continus avec elle, avaient même structure, même couleur, même épaisseur, et flottaient au milieu de l'eau versée dans sa cavité. Cette fausse membrane adhérait peu au tissu du foie, pouvait en être séparée dans quelques points, par traction, bien que sa consistance ne fût guère supérieure à celle de l'albumine cuite, et enveloppait, en partie, des vaisseaux d'un volume assez considérable, qui faisaient saillie au dedans de l'excavation. A son pourtour, le tissu du foie avait, dans l'épaisseur de trois à quatre lignes, une couleur rouge-brun, et une consistance qui ne différait pas sensiblement de celle qu'il offrait dans le reste de son étendue. On trouvait encore deux excavations assez considérables, à droite et à gauche du ligament suspenseur du foie, et assez près de ce repli; toutes deux à huit ou dix lignes de la face convexe du foie, contenant le même liquide, ayant la même structure que la première. Celle qui appartenait au moyen lobe avait le volume d'une noix, était assez exactement arrondie; l'autre était deux fois plus étendue et un peu inégale. Une tache jaune, placée à droite de la déchirure de la grande excavation, correspondait à six petits abcès, lesquels étaient arrondis, contigus ou séparés par une lame de tissu hépatique d'une ligne d'épaisseur, avaient un tiers de pouce de diamètre, offraient un peu de pus à leur centre, et dans tout leur pourtour une membrane d'un blanc opaque, ayant la consistance et l'aspect de celle qui a été décrite, sauf les replis, qui n'existaient pas. A la seconde tache jaune, placée à droite du ligament suspenseur, correspondaient aussi cinq petits abcès, mais encore plus petits et moins bien

prononcés que les derniers, de manière que trois d'entre eux n'offraient qu'un cercle blanc, opaque, au milieu duquel se trouvait seulement une tache jaunâtre, demi-transparente. La bile de la vésicule était plus visqueuse que dans l'état ordinaire, et d'une couleur acajou foncé. Les conduits biliaires n'offraient rien de remarquable, étaient parfaitement libres. — La membrane muqueuse de l'œsophage était saine, mais privée d'épiderme. L'estomac avait un médiocre volume et contenait une petite quantité de bile; sa membrane muqueuse était enduite d'un mucus peu visqueux, pointillée de rouge dans quelques parties du grand cul-de-sac, d'un blanc un peu fauve à sa face antérieure, blanchâtre à la postérieure qui offrait plusieurs bandes rouges, dirigées dans le sens de la petite courbure, larges de trois lignes, et longues de trois à quatre pouces. Un peu ramollie dans le grand cul-de-sac et le long de la grande courbure, cette membrane avait une bonne consistance à la partie antérieure de l'estomac, où elle offrait un aspect mamelonné assez remarquable, et quelques ulcérations superficielles. Il n'y avait que très-peu de mamelons le long de la grande courbure. La portion pylori-valvulaire du duodénum était saine, ses cryptes peu développées, après quoi sa membrane muqueuse était grisâtre dans quelques points, et légèrement ramollie. Celle de l'intestin grêle était d'un rouge foncé dans ses trois derniers pieds, et d'un rose un peu livide dans le reste de son étendue; son épaisseur était naturelle et sa consistance trois fois moindre que dans l'état normal : elle offrait un assez grand nombre de cryptes miliaires, dans le voisinage du cœcum. La membrane muqueuse du gros

intestin avait la même couleur que celle de l'intestin grêle, était épaissie et ramollie au point de n'avoir que la consistance du mucus, dans sa première moitié; puis elle redevenait successivement moins épaisse et plus consistante, et fournissait par traction, près du rectum, des lambeaux d'un demi-pouce. Les glandes mésentériques étaient doublées ou triplées de volume, et d'une couleur fauve. — La rate avait huit pouces de haut sur une largeur et une épaisseur proportionnées, une couleur claire, était extrêmement ramollie. — Les reins avaient au moins le double de leur volume ordinaire et six pouces de hauteur; le droit à peine la moitié de la consistance qui lui est propre; sa substance corticale était jaunâtre et parsemée de stries rougeâtres ou purulentes, dirigées de dehors en dedans: sa substance tubulaire pâle. Le rein gauche avait une couleur et une consistance plus rapprochées de celles qu'il présente dans l'état sain. Les autres viscères n'offraient rien de remarquable.

Arrêtons-nous un instant sur ces nombreux désordres, et d'abord étudions l'état du foie. Ce viscère n'était pas seulement rouge et ramolli comme dans le cas précédent, son volume était encore manifestement plus considérable que dans l'état sain. Il offrait trois grands abcès, et l'un d'eux s'était rompu dans la cavité de l'abdomen. L'hépatite avait été reconnue pendant la vie, à la douleur, à la tension de la région hypocondriaque droite, et à l'ictère: ces symptômes avaient débuté simultanément cinq jours avant la mort du sujet, et en supposant, ce qui est assez probable,

que le début de l'affection fût antérieur à cette époque, c'était sans doute de fort peu de temps, en sorte que sa marche aura été très-rapide ; nouveau motif de considérer comme nous l'avons fait dans notre première observation, la rougeur et le ramollissement du foie, comme une suite de son inflammation aiguë. Ajoutons que les trois grands abcès qu'il offrait dans son épaisseur, contenaient une plus ou moins grande quantité de pus, et un fluide moins épais, verdâtre, trouble, comme on en observe si ordinairement à la suite de l'inflammation aiguë des membranes séreuses ; que les kystes, à l'intérieur desquels se trouvait épanché ce double liquide, étaient mous ; et nous aurons prouvé par les symptômes, la rougeur, le ramollissement, l'augmentation du volume du foie, la nature du fluide renfermé dans les abcès, la mollesse de la membrane qui le contenait immédiatement, que l'hépatite était très-aiguë et les abcès fort récens.

La face interne des kystes offrait, comme nous avons dit, une foule de replis symétriquement disposés, de deux ou trois lignes de hauteur, et cette disposition très-remarquable s'explique, comme nous le verrons clairement dans l'observation suivante, par le mécanisme de la formation des grands abcès. Mais en attendant, nous remarquerons que près du plus vaste des abcès dont il s'agit, on en trouvait d'autres très-petits, très-rapprochés, et formant par leur réunion une masse arrondie ; que si ces abcès qui se touchaient, fussent venus à se rompre à la suite de l'accumulation rapide d'une grande quantité de liquide, du côté opposé à celui par lequel ils adhéraient au foie, leurs

kystes auraient contracté des adhérences par leurs points de contact, et leur extrémité flottante aurait offert l'aspect dont il s'agit; supposition qui se trouve réalisée dans la troisième observation. Il y avait encore près du ligament suspenseur, une réunion de petits abcès d'un volume inférieur à ceux dont il vient d'être question, tous enkystés : mais au lieu de pus on ne voyait au centre de deux d'entre eux, qu'une tache jaune, demi-transparente; de manière que le kyste ne consistait, en quelque sorte, qu'en une fausse membrane dont l'épaisseur était presque aussi considérable que dans les grands abcès, et qu'il semblerait que les kystes avaient précédé le pus, puisqu'ils étaient évidens là où le pus ne l'était pas encore.

Les saillies formées par des vaisseaux d'un assez grand calibre, à l'intérieur des grands abcès, sont une des circonstances les plus remarquables de la structure de ces derniers. On conçoit en effet tout le danger d'une pareille disposition, si, la cavité communiquant avec les conduits biliaires, les vaisseaux sanguins venaient à s'y ouvrir, ainsi que cela semble être arrivé pour le sujet de la troisième observation.

Les auteurs citent un certain nombre de cas dans lesquels les abcès du foie se sont fait jour dans la cavité de l'abdomen; mais ces cas (du moins pour ceux qui sont venus à notre connaissance) appartiennent à l'hépatite chronique; en sorte que sous ce rapport le fait qui nous occupe offre un nouveau degré d'intérêt. Il convient d'ailleurs de remarquer que cette rupture n'a été annoncée par aucun symptôme, ce qu'il faut sans doute attribuer, moins aux nombreuses complications de la maladie, qu'à l'époque à laquelle

la rupture aura eu lieu, sans doute quelques instans avant la mort.

Les conduits biliaires étaient traversés par la bile, comme cela est si ordinaire dans la jaunisse ; ils ne présentaient rien de remarquable, aucune apparence d'inflammation, et il en était à-peu-près de même pour la membrane muqueuse du duodénum, qui semblait seulement un peu ramollie; tandis que celles de l'estomac, du gros intestin et même de l'intestin grêle, offraient des traces plus ou moins profondes d'inflammation.

Mais la phlogose ne se bornait pas aux viscères dont nous venons de parler, elle avait encore envahi les reins, dont le volume était double, et la consistance beaucoup moindre que dans l'état ordinaire. Cela était surtout vrai de celui du côté droit, dont la substance corticale offrait de nombreuses stries purulentes, et par conséquent des traces certaines d'inflammation. Peut-être faudrait-il rapporter à cette cause, dont les effets, dans ce cas particulier, étaient si généraux, le ramollissement et l'énorme augmentation du volume de la rate : mais on rencontre si fréquemment cette double lésion, sans jamais observer en même temps la plus petite quantité de pus, qu'il est bien naturel de conserver des doutes. En médecine, comme dans les autres sciences, il faut toujours avoir présente à l'esprit la pensée de Descartes, et regarder presque comme faux tout ce qui n'est que vraisemblable.

Le pharynx offrait aussi les traces d'une violente inflammation; l'épaisseur de ses muscles avait, comme nous avons vu, prodigieusement augmenté ; entre eux et la membrane muqueuse qui les recouvre, se trouvait une couche de pus, et ce qu'il y a de remarqua-

ble, cette inflammation semble avoir parcouru ses diverses périodes en moins de vingt-quatre heures, puisqu'il n'y eut de douleur de gorge que la veille de la mort, et que jusqu'à son début la déglutition paraît avoir été facile. La promptitude et l'énergie de cette inflammation expliquent assez l'œdème de la glotte, celui du ventricule droit du larynx et du tissu cellulaire placé au devant de l'épiglotte, etc.; et nous observerons ici que nous n'avons jamais vu ces violentes inflammations du pharynx que dans le cours plus ou moins avancé des maladies graves.

Mais entre toutes les lésions offertes par le sujet qui nous occupe, la fausse membrane qui se trouvait sur la plèvre du côté droit, était assurément des plus remarquables. Elle recouvrait, comme nous avons dit, le poumon dans toute sa hauteur, était divisée inférieurement en deux feuillets, dans l'écartement desquels se trouvait une assez grande quantité de pus; offrait, dans son épaisseur, une foule d'abcès plus ou moins larges, communiquant les uns avec les autres; et plusieurs d'entre eux s'ouvrant dans l'écartement des deux feuillets, avaient dû y verser une partie du fluide qu'il contenait. Ces abcès, l'épaisseur et la dureté de la fausse membrane, indiquaient assez qu'elle était ancienne, et ce que nous avions observé, quand le malade vint pour la première fois à l'hôpital, deux années avant sa mort, montre qu'elle remontait au-delà de cette époque; car dès ce moment la poitrine rendait un son obscur à droite, et la respiration était plus ou moins faible et lointaine du même côté.

Quant au mode de formation de ces abcès, il nous

semble difficile de le déterminer d'une manière rigoureuse, et de savoir s'ils étaient primitifs ou consécutifs à la fonte d'un plus ou moins grand nombre de tubercules. Mais cette dernière opinion paraîtra peut-être la plus vraisemblable, si l'on se rappelle que dans la partie supérieure de la fausse membrane, là où les abcès étaient à-la-fois les moins nombreux et les moins grands, on trouvait, à sa partie moyenne, un assez grand nombre de petits corps opaques, arrondis, d'un jaune foncé, qui, sauf cette couleur qu'on pouvait jusqu'à un certain point attribuer à l'ictère, ressemblaient assez bien à des tubercules; qu'on n'en trouvait aucun dans la moitié inférieure de la fausse membrane; qu'on peut croire néanmoins qu'ils y avaient existé, et qu'à une certaine époque ils avaient été remplacés par des abcès, auxquels leur ramollissement avait donné lieu. Nous avons dit que la couleur jaune foncé des petits grains opaques pouvait, jusqu'à un *certain point*, être attribuée à la jaunisse, parce que des granulations opaques, manifestement tuberculeuses, développées dans les prolongemens membraneux interposés entre les lobes du poumon droit, n'offraient pas cette coloration: mais sans insister davantage sur ce point, nous observerons, comme une chose digne de remarque, que le pus qui remplissait les abcès de la fausse membrane, avait les caractères du pus phlegmoneux, de celui qui se forme au milieu du tissu cellulaire, bien qu'il fût sécrété par une membrane d'une nature si différente, au moins en apparence.

Il y avait, avons-nous dit, dans chacun des poumons, deux petites excavations; elles semblaient an-

ciennes, et celles du côté droit n'étaient recouvertes extérieurement que par la plèvre : auraient-elles occasioné la fausse membrane dont il vient d'être question?

Enfin, dans les deux dernières années de son existence, le malade avait eu assez fréquemment des maux de tête et des éblouissemens ; la céphalalgie avait été continue dans les deux derniers mois, et à l'ouverture du cadavre on trouva la substance corticale du cerveau d'un rose violet très-prononcé. Y avait-il dépendance entre les symptômes céphaliques et la lésion observée?

IIIe Observation.

Un étudiant en médecine, âgé de vingt-deux ans, d'une constitution peu forte, d'un embonpoint modéré, fut, pris quelques jours après son arrivée à Paris, au mois de novembre 1821, d'une diarrhée qui persista pendant six mois, et ne disparut complètement qu'après un séjour assez prolongé à la campagne. Il en revint au milieu des vacances de 1822, très-bien portant, et avec l'embonpoint qui lui était naturel. La diarrhée reparut au mois de janvier 1823, fut assez considérable pendant six semaines, et cessa presque entièrement dans les derniers jours de mars. Avec cette amélioration apparente se manifestèrent néanmoins des douleurs dans l'hypochondre droit : elles devinrent subitement très-considérables, il s'y joignit une légère couleur ictérique, et le lendemain

de l'apparition de ce nouveau symptôme, M. Chomel fut appelé auprès du malade. Il le trouva très-souffrant; ses traits étaient profondément altérés, il accusait une douleur vive dans l'hypochondre droit, tout son corps avait une légère teinte jaunâtre, l'urine une couleur orange. La douleur devint encore plus violente dans la journée, et le lendemain le malade eut plusieurs selles composées d'un sang noirâtre qui avait la forme moulée des matières fécales. Ces évacuations persistèrent, en diminuant par degrés, pendant trois jours, et on estima la quantité de sang perdu, à neuf ou dix livres. Des lavemens froids, des boissons aigres à la glace, une potion antispasmodique avec un grain d'extrait gommeux d'opium, furent prescrits et continués les quatre jours suivans, après lesquels nous vîmes le malade. C'était le 7 avril : l'altération des traits continuait, la faiblesse et la maigreur étaient extrêmes, les sclérotiques un peu verdâtres, toute l'habitude du corps d'un jaune pâle, la langue humide, décolorée, la soif peu considérable, l'anorexie complète, le ventre plat et rentré, l'hypochondre droit douloureux, mais à un degré peu considérable; les matières fécales d'une couleur jaune verdâtre, puriformes, d'une odeur de macération. Il y avait eu quatre à cinq selles par jour depuis la cessation de l'hémorrhagie, la respiration était naturelle, peu fréquente, le pouls très-accéléré, petit et faible.

Les douleurs diminuèrent encore les jours suivans, puis devinrent tout-à-coup très-considérables le 12, ayant, comme la première fois, leur siége vis-à-vis le point de la réunion des colons droit et trans-

verse. Elles s'affaiblirent de nouveau, après une durée non interrompue de douze heures, au moment où des évacuations sanguines, semblables à celles que nous avons indiquées, eurent lieu. Celles-ci, de moitié moins copieuses que la première fois, s'arrêtèrent au bout de vingt-quatre heures, et dans les cinq jours qui suivirent, les selles reprirent leur caractère puriforme, furent plus ou moins fréquentes, après quoi il n'y en eut qu'une le matin et le soir, moulée, briquetée, d'une bonne consistance.

Les mêmes boissons (Solut. de sir. go. avec le jus de citron, solut. de sir. tartar.) furent continuées, mais un peu moins froides; les douleurs persistèrent encore, bien que peu considérables, dans le point indiqué, pendant huit jours, et parurent céder à l'action d'un vésicatoire appliqué sur la partie correspondante de l'abdomen. Bientôt il y eut un peu d'appétit, on donna quelques cuillerées de bouillon, d'abord froid, puis on en éleva successivement la dose et la température, et dans les cinq premiers jours du mois de mai le malade mangeait avec plaisir, sans éprouver de pesanteur à l'épigastre, sans diarrhée, sans douleur aucune, et trois ou quatre fois le jour, un peu de poisson très-léger; sa peau était d'un jaune très-faible, son pouls avait repris son calme habituel, sa faiblesse diminuait, il faisait quelques pas dans sa chambre; une petite dose de sirop diacode lui procurait un peu de sommeil. il parlait déjà de retourner parmi les siens. Mais ne pouvant encore se mettre en chemin, et ayant épuisé toutes ses ressources, il fut dans la nécessité de recourir aux hôpitaux, et le 5 mai, à huit

heures du matin, on le conduisit à la Charité, dans la salle Saint-Jean (service de M. Chomel).

Sa translation fut peu fatigante. Placé dans un lit bien chaud, il ne se plaignait de rien, sinon d'une grande faiblesse : sa maigreur était extrême, sa langue pâle et humide, son ventre souple et indolent, les selles rares, le pouls calme, la chaleur plus basse qu'élevée. Cet état persista, et au troisième jour de son admission à l'hôpital le malade prit un peu de poulet avec plaisir. Le 8, au matin, il éprouvait de l'oppression, accusait un peu de douleur dans le côté droit de la poitrine, au moment de la toux, et ces symptômes ne dataient que de quelques heures ; le pouls était accéléré, la chaleur plus élevée qu'à l'ordinaire. (Pot. gom., diète.)

L'oppression et la toux augmentèrent dans la journée, il y eut beaucoup d'anxiété pendant la nuit. Le 9, au moment de la visite, les traits étaient profondément altérés, le regard mal assuré, les yeux un peu brillans, l'oppression considérable, et le malade mourut le même jour, à minuit, en pleine connaissance.

Ouverture du cadavre trente-deux heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme, sans traces d'infiltration.

Tête. Quelques adhérences, sans granulations, entre l'arachnoïde et la dure-mère ; point d'infiltration sous-arachnoïdienne, moins d'une petite cuillerée de sérosité dans chaque ventricule latéral du cerveau. Ce viscère un peu mou dans toute son étendue, et plus

encore à gauche qu'à droite; le cervelet et la protubérance annulaire ramollis dans la même proportion.

Poitrine. Quatre à cinq onces de sérosité citrine dans le péricarde; cœur un peu pâle, petit, ferme, à parois assez épaisses, d'ailleurs parfaitement sain. Aorte dans l'état naturel. — Poumons libres; fausse membrane jaune, mince et peu consistante, sur le lobe inférieur droit, qui avait une fermeté considérable, une teinte acajou très-inégale à l'intérieur, un aspect grenu, était hépatisé jusqu'à une petite distance de son bord antérieur. Le lobe supérieur offrait la même lésion, mais dans un espace peu considérable. Il y avait aussi un peu d'épanchement, et une fausse membrane jaune et molle du côté gauche : le poumon correspondant n'était hépatisé que dans quelques points, et généralement engoué à sa base.

Abdomen. Le foie ne dépassait pas les côtes, avait un volume ordinaire, une couleur rouge-cerise foncé, interrompue, à sa surface convexe, par plusieurs taches jaunes, et une consistance un peu supérieure à celle qui lui est naturelle. En l'incisant dans différentes directions, on observait une foule de plaques jaunes arrondies, de trois à huit lignes de diamètre, moins nombreuses vers son bord obtus que vers son bord antérieur, occupant la plus grande partie de sa masse dans cette dernière partie. Ces plaques étaient l'assemblage d'un plus ou moins grand nombre de kystes globuleux, de deux ou trois lignes de diamètre, contenant une petite quantité de matière verdâtre ou jaunâtre, épaisse, un véritable pus. Les plus petits n'offraient qu'infiniment peu de liquide, et semblaient presque uniquement formés par une fausse membrane

blanchâtre, d'un demi-millimètre, ou un peu plus, d'épaisseur. Sur quelques plaques, la partie des kystes opposée au foie était rompue et formait des espèces de lambeaux au centre desquels se trouvait une médiocre quantité de pus; de là, des excavations irrégulières, de cinq à six lignes de diamètre, comme festonnées à leur circonférence. Enfin, en faisant une incision très-profonde à droite du ligament suspenseur, nous ouvrîmes une cavité du volume d'une noix, remplie d'un caillot fibrineux de sang noir, disposé par couches concentriques. Cette cavité, qui se trouvait immédiatement au-dessus du sillon transversal, des vaisseaux et des conduits biliaires qu'il contient, était tapissée par une double fausse membrane, dont l'interne était rougeâtre et cassante, tandis que l'externe était d'un blanc grisâtre et adhérait fortement au tissu du foie. Nous ouvrîmes avec soin la veine porte et les conduits biliaires, sans y trouver de déchirure dans la partie voisine de l'excavation. La vésicule avait un petit volume et contenait un liquide épais, d'une couleur orange. Le conduit hépatique, le cholédoque et le cystique n'offraient rien de remarquable. — La membrane muqueuse de l'œsophage était dans l'état normal; celle de l'estomac plus ou moins grisâtre dans toute son étendue, recouverte d'une médiocre quantité de mucus, d'une épaisseur et d'une consistance convenables. Le duodénum n'offrait ni ulcération, ni épaississement, ni rougeur; sa membrane muqueuse n'était point ramollie. Celle de l'intestin grêle était généralement grisâtre, un peu moins ferme dans sa seconde moitié que dans l'état ordinaire, offrait près de la valvule

iléo-cœcale les traces de six ulcérations entièrement cicatrisées, un peu ovalaires, de six à huit lignes dans leur plus grand diamètre. La membrane muqueuse finissait en s'aplatissant un peu, à leur pourtour, et se continuait avec une lame extrêmement mince de tissu cellulaire, bien lisse, bien polie, recouvrant la tunique musculaire, qui n'offrait aucune altération de couleur, de consistance et d'épaisseur, dans le point correspondant. Ces cicatrices se distinguaient, au premier abord, des parties voisines, par une dépression évidente, sensible au toucher comme à la vue; par une demi-transparence plus marquée que partout ailleurs, et enfin par un coup d'œil humide et poli, semblable à celui des membranes séreuses. La membrane muqueuse du gros intestin était très-ramollie, et offrait dans le colon gauche, l'S romaine et le rectum, jusqu'à un pouce de l'anus, un grand nombre de petites ulcérations de forme arrondie, dont quelques-unes reposaient sur la tunique musculaire. Les glandes mésentériques étaient grisâtres, petites et saines. — La rate était doublée de volume, d'un rouge brun, d'une consistance supérieure à celle qui lui est naturelle. Les autres viscères dans l'état normal.

Ici, comme dans les précédentes observations, les abcès étaient enkystés, la couleur et la consistance du foie altérées; mais loin d'être ramolli, son tissu offrait plus de fermeté que dans l'état ordinaire, et cette différence semble en indiquer une autre dans la marche de l'affection. Et en effet, quand M. Chomel

fut appelé près du malade, celui-ci éprouvait de légères douleurs dans l'hypochondre droit depuis quelques jours, elles étaient devenues tout-à-coup intolérables, la peau était jaune, les traits profondément altérés, et dans les trois jours suivans le malade rendit une énorme quantité de sang par l'anus. Cette hémorrhagie se renouvela bientôt, et la mort étant arrivée trente-cinq jours après le début de ces accidens, à la suite d'une pleuro-péripneumonie aiguë, on trouva, outre les traces de cette affection et de l'entérite chronique, beaucoup d'abcès enkystés, dans l'épaisseur du foie, et une cavité du volume d'une noix, remplie d'un caillot de sang noir fibrineux disposé par couches concentriques, et placée immédiatement au-dessus des vaisseaux qui se trouvent dans le sillon transverse. Évidemment, quoique nous n'ayons pas trouvé de communication entre cette cavité, les vaisseaux sanguins et les conduits biliaires, cette double communication avait existé; le caillot de sang prouvait l'une, et l'évacuation du même fluide par les selles indiquait l'autre, aucune des lésions de l'intestin ne pouvant expliquer une aussi grande perte de sang. L'excavation dont il s'agit existait donc au moins trente-cinq jours avant la mort; elle avait sans doute contenu, comme les autres, une certaine quantité de pus; de manière que l'inflammation du foie remontait à une époque antérieure au début de l'ictère, et avait suivi jusque-là une marche plus ou moins obscure et chronique, comme nous l'avions conjecturé de la consistance de son parenchyme.

Bien que généralement fort petits, les abcès offraient encore entre eux, comme nous l'avons dit, des

différences de volume assez considérables; et en allant des moins petits à ceux qui l'étaient le plus, on arrivait, comme dans le cas précédent, à des kystes qui ne contenaient pas sensiblement de pus. Dans quelques points ces petits kystes formaient par leur réunion une cavité irrégulière, presque aussi considérable que celle qui contenait le caillot fibrineux. étaient rompus dans le point opposé à celui par lequel ils adhéraient au foie; leurs lambeaux, réunis deux à deux, offraient des espèces de plis analogues à ceux que nous avons signalés dans la seconde observation, et la forme de chaque petit abcès n'étant pas encore tout-à-fait effacée, le mécanisme de la formation des grands se trouvait ainsi en évidence. Nous sommes loin, toutefois, de penser que ce mécanisme soit toujours le même; nous croyons, au contraire, que quand l'accumulation du pus se fait avec lenteur, que l'abcès du foie est chronique, un même kyste peut acquérir graduellement un volume considérable; et tel était sans doute le cas de celui que nous avons trouvé sur le sujet de notre première observation. Après cela, quelle est la cause de ces kystes? succèdent-ils constamment à l'inflammation, ou en sont-ils quelquefois indépendans? C'est ce que nous ne saurions décider.

Il est à remarquer, d'ailleurs, que la membrane muqueuse du duodénum ne présentait aucune lésion appréciable; que celle de l'intestin grêle offrait un ramollissement léger dans sa deuxième moitié seulement; que les cicatrices observées dans cette partie ont été décrites avec assez de soin pour qu'on ne puisse élever de doutes sur leur existence; qu'elles

révèlent une affection déjà ancienne à la mort du sujet, affection qui remontait peut-être à l'époque de cette diarrhée opiniâtre qui força le malade à quitter Paris. Et comme les ulcérations de l'intestin grêle, si l'on en excepte quelques cas très-rares, n'ont lieu que dans le cours de la phthisie et des fièvres graves (1), on peut présumer que la diarrhée dont il s'agit tenait à une affection de la nature de ces dernières. Il convient encore d'observer que les glandes méso-colites n'offraient aucune trace de tubercules, bien que l'affection de la membrane muqueuse du gros intestin fût très-ancienne.

Le malade aurait infailliblement succombé à la double affection du foie et de l'intestin, mais on ne saurait douter que sa dernière heure n'ait été accélérée de beaucoup par la pleuro-péripneumonie dont il a été atteint trois jours après son admission à l'hôpital : et nous rappellerons à ce sujet ce que nous avons dit ailleurs, que la faiblesse est moins un obstacle qu'une circonstance favorable au développement de l'inflammation ; que peu de sujets succombent à une affection chronique sans éprouver quelque inflammation aiguë dans les derniers temps de leur existence ; qu'il importe d'avoir toujours présente à la pensée cette disposition, afin d'éviter tout ce qui pourrait en favoriser les effets. (2)

(1) *Voyez nos Recherches sur la Phthisie*, pag. 95 et 178.
(2) Même ouvrage, pag. 177.

IVe Observation.

Un tailleur, âgé de cinquante ans, d'une taille moyenne, d'une constitution peu forte, ayant le membre abdominal gauche plus court que le droit et paralysé du mouvement depuis l'âge de dix-huit mois, fut admis à l'hôpital de la Charité le 15 octobre 1825. Il était mal portant depuis quatre années, avait interrompu ses travaux et était beaucoup plus malade depuis dix-sept jours; attribuait le mauvais état de sa santé à la violence de son caractère et à des chagrins profonds. Depuis quatre ans les fonctions digestives étaient dérangées, l'appétit très-irrégulier, alternativement assez considérable et très-déprimé; il y avait eu, par intervalles, de légères douleurs dans l'hypochondre gauche, rarement des nausées et du dévoiement, et assez souvent des alternatives de maigreur et d'un médiocre embonpoint. Au début de l'affection nouvelle, chaleur sans frissons, couleur jaune de toute la surface du corps, anorexie complète, douleurs assez vives à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche, oppression légère. Ces symptômes avaient persisté jusqu'au moment de l'admission du malade à l'hôpital, et dans les huit derniers jours il s'y était joint du dévoiement et quelques nausées. Il n'y avait point eu de toux ni de douleur dans l'hypochondre droit.

Le 15 octobre, les conjonctives, le palais, les bords de la langue, la partie postérieure des lèvres et toute

la surface du corps étaient d'un jaune foncé ; il y avait une céphalalgie intense, des douleurs dans les membres et dans les reins. La langue était rousse et médiocrement humide en arrière, l'anorexie complète, la soif vive, la douleur épigastrique légère et gravative ; on sentait au-dessous des fausses côtes droites, dans la hauteur de deux pouces, une résistance qui partait de la région de la vésicule biliaire, et se continuait du côté gauche dans la région épigastrique. La respiration était accélérée, fréquemment suspirieuse ; le bruit respiratoire rare, comme s'il n'y eût eu qu'un petit nombre de vésicules bronchiques perméables à l'air, et dans la moitié supérieure et antérieure des deux côtés de la poitrine, au-dessus de la mamelle gauche, on entendait une crépitation fine. Le pouls était très-accéléré (cent vingt), assez fort et dur, la chaleur sèche et élevée. Il n'y avait pas eu de selles depuis trente-six heures. (Saignée de dix onces, solut. d'oxym. simple, *bis ;* pot. gom., lavement émoll., diète.)

Jusqu'au 30 du même mois, jour de la mort, voici ce que nous observâmes : la couleur ictérique continua, et dans la matinée du 17 le malade accusa une douleur assez vive dans la région de la vésicule biliaire, douleur qui fut ensuite à-peu-près constante, sans être considérable. La langue fut naturelle dans les trois derniers jours, et jusque-là villeuse, blanchâtre et jaunâtre ; la bouche pâteuse, l'anorexie complète, la douleur épigastrique rare et très-obtuse, la soif plus ou moins vive, les évacuations alvines éloignées et provoquées par des lavemens. Il n'y eut ni nausées, ni vomissemens ; l'urine fut abondante et

facile, d'une couleur foncée. Le malade se plaignit quelquefois d'éprouver des douleurs à l'hypogastre.

L'oppression fut considérable jusqu'au 25, et augmenta beaucoup les jours suivans. Une nouvelle saignée de dix onces, pratiquée le 17, n'eut pas d'influence marquée sur elle, et il en fut de même d'un vésicatoire appliqué sur la poitrine le lendemain. La toux ne parut très-incommode en aucun temps, et la matière expectorée fut peu abondante : on entendit toujours un peu de crépitation dans la moitié inférieure et antérieure du côté gauche de la poitrine; le 19 elle existait aussi à droite, et à compter du 24 nous la rencontrâmes en arrière des deux côtés du thorax.

Le pouls fut parfois irrégulier, diminua de fréquence jusqu'au 26, battait seulement alors quatre-vingt-huit fois par minute, puis devint successivement plus accéléré.

Il y eut un peu de délire dans la nuit du 28 au 29. Le 30 au matin, le malade avait toute sa connaissance, ses traits étaient décomposés, et à trois heures il expira.

On ajouta deux onces d'oxym. scyllitique ou six grains de kermès à la potion gommeuse, dans les six derniers jours.

Ouverture du cadavre dix-sept heures après la mort.

État extérieur. Couleur jaune universelle, assez intense, deuxième degré de marasme. — La cuisse et la jambe gauches étaient plus courtes que celles du côté opposé, d'une forme arrondie, sans saillies muscu-

laires, enveloppées d'une couche de tissu adipeux trois fois plus épaisse que celle du côté droit. A l'exception du muscle couturier qui était d'un rose tendre, tous ceux de la cuisse avaient la couleur de la tunique charnue de l'estomac, étaient plus pâles encore, de manière que leurs fibres n'étaient distinctes que par leur direction. Ces fibres étaient plus fermes et plus minces que celles de la cuisse droite, et les faisceaux qu'elles formaient par leur réunion n'avaient guère que le tiers de l'épaisseur des faisceaux correspondans du côté opposé. La moitié inférieure des muscles soléaire et jumeaux était convertie en graisse et surnageait l'eau, comme le tissu adipeux. Les autres muscles de la jambe et ceux de la plante du pied avaient la couleur de ceux de la cuisse; il en était de même des muscles fessiers. Le ligament inférieur de la rotule était ossifié près de cet os, dans la hauteur d'un demi-pouce. L'artère crurale correspondante était un peu moins volumineuse que la droite; il y avait à peine une légère différence d'épaisseur dans le nerf sciatique des deux côtés.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne assez épaisse; toute la masse encéphalique d'une fermeté convenable; la substance corticale un peu rosée, la médullaire injectée; une cuillerée et demie de sérosité dans chaque ventricule latéral du cerveau.

Poitrine. Poumons sans adhérences, remplissant exactement la poitrine, très-légers à leur partie antérieure, lourds en arrière où ils offraient une grande quantité de fluide séro-sanguinolent, spumeux, et se déchiraient avec la plus grande facilité. Les vésicules pulmonaires étaient très-dilatées, et leur vo-

lame égalait, surpassait même dans plusieurs points des lobes supérieurs celui d'un grain de chenevis. Les bronches étaient rouges, épaissies et élargies, contenaient une médiocre quantité de mucus. Le cœur avait son volume ordinaire, adhérait dans presque toute son étendue au péricarde par des filamens celluleux assez larges, était mou, et d'ailleurs parfaitement sain. L'aorte présentait au-dessous de l'orifice de l'artère vertébrale une plaque semi-cartilagineuse, de la largeur d'une pièce de trente sous, développée au-devant de sa tunique moyenne; n'offrait rien autre chose de remarquable.

Abdomen. Le foie semblait avoir un volume un peu plus considérable que dans l'état sain, et offrait, dans différens points de sa surface, des taches jaunâtres qui tranchaient médiocrement avec sa couleur un peu livide. Il présentait à l'intérieur une foule de petits abcès enkystés, de quatre à cinq lignes de diamètre, beaucoup plus nombreux, proportionnément, à son bord obtus qu'à son bord tranchant; de manière qu'ils occupaient la moitié de son épaisseur dans le premier sens, et peut-être la dixième partie seulement dans le second. Le pus était épais, d'un jaune verdâtre, et la membrane qui le contenait, blanchâtre, épaisse d'un demi-millimètre, molle et susceptible néanmoins d'être enlevée par traction. Partout le tissu du foie était ramolli, et d'autant plus qu'on approchait davantage de sa grosse extrémité, où on le trouvait aussi plus rouge que partout ailleurs, et ecchymosé dans quelques points. La vésicule biliaire était fort petite, flétrie en quelque sorte; contenait un peu de mucus et était oblitérée à son col.

Ses parois avaient plus d'une ligne d'épaisseur, sa membrane muqueuse était jaunâtre, épaisse, d'un demi-millimètre, à part un pli de la largeur de deux lignes, perpendiculaire à son axe, dans toute la longueur duquel elle offrait la ténuité qui lui est naturelle. Le tissu sous-muqueux avait deux tiers de ligne d'épaisseur, était dur, homogène, blanchâtre, brillant à la coupe, comme la couenne du lard. Le canal cystique contenait un calcul de huit lignes de diamètre qui comprimait le canal hépatique, lequel avait une couleur jaune, était traversé par la bile, et, comme le cholédoque, parfaitement sain. — L'œsophage n'offrait rien de remarquable. L'estomac avait un beaucoup plus grand volume que dans l'état ordinaire, contenait une médiocre quantité de fluide trouble, présentait trois aspects bien distincts, dans son grand cul-de-sac, près du pylore et dans l'espace intermédiaire. Dans le grand cul-de-sac sa membrane muqueuse était veloutée, très-pointillée de rouge, et ramollie au point de ne pouvoir être enlevée par lambeaux : près du pylore, dans toute sa circonférence, et dans une étendue peu considérable, elle était pâle et parfaitement saine; tandis que dans l'espace intermédiaire, c'est-à-dire dans les trois-quarts de sa surface environ, elle était grisâtre et légèrement rosée, très-irrégulièrement mamelonée, offrait dans beaucoup de points des ulcérations assez profondes, de trois à quatre lignes de superficie, et généralement une épaisseur plus considérable, d'un tiers ou d'un quart, que dans l'état naturel. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était un peu rouge dans ses trois premiers pieds, blanchâtre ensuite, avait partout la con-

sistance et l'épaisseur qui lui appartiennent. Celle du gros intestin était ramollie et presque doublée d'épaisseur, rose par intervalles, et généralement blanche. — La rate était deux fois plus volumineuse que de coutume et très-ramollie ; les autres viscères parfaitement sains.

Ce fait confirme nos précédentes remarques. Ici en effet, la marche de la maladie semble avoir été encore assez rapide, car le premier symptôme qu'on puisse lui attribuer, l'ictère, avait débuté un mois seulement avant la mort du sujet, et lors de l'autopsie cadavérique, outre une foule d'abcès enkystés dont la membrane avait peu de consistance, le volume du foie parut augmenté, son tissu était ramolli, sa couleur un peu plus rouge que dans l'état ordinaire ; c'est-à-dire qu'il offrait tous les caractères de l'hépatite aiguë.

L'état de la vésicule du fiel mérite d'être remarqué. Son volume était, comme nous avons dit, extrêmement diminué ; elle contenait une petite quantité de mucus au lieu de bile, était oblitérée à son col ; sa membrane muqueuse offrait, à part un pli circulaire de la largeur de deux lignes, un épaississement considérable, tandis que la tunique sous-muqueuse avait subi la dégénérescence squirrheuse ; lésions chroniques, et qui semblent indiquer que les douleurs rapportées à la région de la vésicule avaient très-probablement leur siége exclusif dans le tissu même du foie. (1)

---

(1) Les maladies de la vésicule biliaire ne sont pas aussi rares qu'on

Nous ne passerons pas sous silence la membrane muqueuse de l'estomac, dont la lésion offre un si par-

---

serait peut-être tenté de le croire. Outre six cas dans lesquels ses parois étaient simplement œdémateuses, nous l'avons trouvée, sur quatre cent vingt-six sujets, plus ou moins profondément altérée, dix-sept fois. Dans huit cas elle était oblitérée près de son col, ne communiquait plus avec le canal cystique, et dans cinq d'entre eux elle avait un très-petit volume, douze à dix-huit lignes de longueur seulement, contenait un peu de liquide muqueux ou puriforme : tandis que dans les autres son volume était plus ou moins considérable, et ses parois distendues par un liquide semblable à du blanc d'œuf ou à de l'urine. Dans ces derniers, la membrane muqueuse n'était pas, ou que très-légèrement ulcérée ; elle l'était plus ou moins profondément dans les autres.

Chez les sujets dont la vésicule n'était pas oblitérée, son volume ne paraissait diminué que dans deux cas ; et alors elle avait à peine celui d'une aveline ou d'une petite noix, contenait un peu de pus ou de mucus, et sa membrane muqueuse était, comme dans le rétrécissement avec oblitération, plus ou moins profondément altérée.

Onze des dix-sept cas dont il s'agit étaient des exemples de calculs dans la vésicule biliaire ; cinq appartenaient aux cas où elle était oblitérée ; six à ceux où elle ne l'était pas, c'est-à-dire que les calculs étaient également communs dans ces deux ordres de lésions.

La membrane muqueuse de la vésicule était plus ou moins épaissie sur huit sujets, dont cinq offraient en outre des ulcérations et des calculs. Deux fois cette membrane était transformée, dans une partie de son étendue, en une matière semi-cartilagineuse, et dans ces deux cas la vésicule était extrêmement étroite et contenait encore des calculs ; elle était oblitérée dans l'un d'eux. Il semble donc résulter de ce petit nombre de faits, que si l'on ne peut pas attribuer aux calculs biliaires toutes les lésions de la vésicule, ils ont néanmoins une influence très-marquée sur elles.

Deux fois le tissu sous-muqueux était dur, épais, squirrheux ; une autre fois il était seulement épaissi.

Enfin, dans un des cas où la membrane muqueuse était détruite dans une grande étendue, on trouvait au-dessous du tissu cellulaire sous-muqueux, des fibres d'apparence musculaire, semblables à celles de la tunique charnue de l'estomac.

fait accord avec les symptômes gastriques observés. Elle était effectivement, comme nous avons vu, pointillée de rouge et très-ramollie dans le grand cul-de-sac, offrait les traces d'une inflammation récente dans cette région; tandis que dans le reste de son étendue, elle était grisâtre et très-légèrement rosée, d'une bonne consistance, épaissie, mamelonnée, dans plusieurs points même incomplètement ulcérée; offrait en un mot tous les caractères d'une inflammation chronique (1): et dans les quatre années qui avaient devancé le début de l'hépatite, l'appétit avait été alternativement assez bon et déprimé, les digestions souvent pénibles; il y avait eu des nausées par intervalles, quelquefois des douleurs dans l'hypochondre gauche, douleurs qu'on peut rapporter avec assez de vraisemblance à l'état pathologique de la membrane muqueuse de l'estomac; c'est-à-dire que pendant quatre années le malade avait éprouvé tous les symptômes d'une gastrite chronique. Et l'on doit d'autant moins hésiter à rapporter ces symptômes à l'état de la membrane muqueuse de l'estomac, qu'on ne peut les expliquer par la lésion d'un autre organe qui aurait agi sympathiquement sur ce viscère.

---

(1) Voyez à ce sujet l'Appendice placé à la fin de notre Mémoire sur le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, p. 110.

Ve Observation.

Un jardinier, âgé de cinquante-six ans, d'une constitution médiocrement forte, assez large et bien développé, ne faisant pas d'excès de vin, ayant la respiration un peu gênée depuis vingt-cinq ans, était sujet, depuis six, à un catarrhe pulmonaire qui revenait à chaque printemps, pour quinze ou vingt jours. Ce catarrhe avait reparu au commencement de l'hiver de 1822, et existait depuis cinq mois, quand le malade vint à l'hôpital de la Charité, le 28 mars de l'année suivante : il s'y était joint dans les derniers huit jours une douleur dans le côté gauche de la poitrine, des frissons auxquels avaient succédé une chaleur forte, de l'agitation et du délire pendant la nuit, l'anorexie et une soif vive. L'appétit avait diminué, et l'amaigrissement avait commencé dès le début du catarrhe.

Le 29, céphalalgie, douleurs dans les membres et dans les reins, sentiment de faiblesse assez considérable ; soif intense, anorexie, bouche pâteuse, langue naturelle antérieurement, blanchâtre en arrière, tout le ventre souple et indolent, constipation depuis trois jours; douleur au côté gauche de la poitrine, augmentant par la toux; crépitation fine du même côté, à une distance égale de l'aisselle et de la clavicule, dans un espace peu étendu; percussion obscure, respiration trachéale, retentissement de la voix sous la clavicule gauche; rien de remarquable à droite : cra-

chats muqueux, aérés, quelques-uns rouillés et demi-transparens; pouls médiocrement accéléré (quatre-vingts). (Tis. pect., saignée de dix onces, vésicat. de cinq pouces de diamètre à la partie antérieure de la poitrine.)

Les résultats de la percussion furent constamment les mêmes, la crépitation persista jusqu'au 18 avril, après lequel nous ne l'entendîmes que rarement : plusieurs fois, dans la dernière moitié du même mois, nous nous assurâmes du retentissement de la voix dans la partie supérieure et postérieure du côté gauche de la poitrine. La douleur disparut assez promptement, la dyspnée fut peu considérable après le 8 avril, les crachats muqueux, abondans. Ils ne devinrent opaques que dans les derniers jours, c'est-à-dire du 15 au 21 juin, jour de la mort.

Le malade eut, de temps à autre, un peu d'appétit dans le cours du mois d'avril, et prit tantôt du potage pour toute nourriture, tantôt, et plus rarement, le demi-quart de portion : l'anorexie fut complète pendant tout le mois de mai, et dans les trois dernières semaines de son existence le sujet ne prit absolument rien. Il eut pour la première fois un peu de diarrhée le 11 avril; elle augmenta successivement, fut très-considérable dans les trois premières semaines du mois de mai, puis diminua successivement, et se maintint à un médiocre degré jusqu'à la mort. La langue fut parfois un peu rouge à sa pointe dans le cours du mois d'avril, puis parfaitement naturelle et un peu pâle : la soif fut vive pendant tout le mois de mai, et un peu moins considérable ensuite. Il y eut momentanément de légères douleurs de gorge, et quelque difficulté dans la dé-

glutition, le 6 avril. La dysphagie reparut de nouveau le 22 mai, ayant son siége vis-à-vis la réunion du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du sternum; elle augmenta les jours suivans et persista plus ou moins forte jusqu'à la mort.

Le 20 mai, la figure et toute l'habitude du corps prirent une couleur jaune peu foncée, qui devint un peu plus vive les jours suivans, et fut plus ou moins considérable jusqu'au terme fatal. En même temps des douleurs se firent sentir au côté droit de l'épigastre; le 25, elles étaient très-vives, à-la-fois superficielles et profondes au niveau des fausses côtes droites, dans la largeur de la main, et la pression était insupportable dans le point correspondant. Le 1er. juin elles étaient fort étendues, occupaient à-la-fois une portion de l'épigastre, l'hypochondre droit et la partie inférieure correspondante de la poitrine : elles continuèrent sans interruption jusqu'à la mort, c'est-à-dire pendant un mois, avec des alternatives d'augmentation et de diminution.

Le pouls tomba promptement à soixante pulsations par minute, devint un peu accéléré (quatre-vingt-cinq) au début de l'ictère, et, toujours faible, il retomba bientôt à soixante-cinq.

La faiblesse, qui était déjà considérable quand le malade vint à l'hôpital, fit tous les jours des progrès, et fut excessive pendant les deux dernières semaines de son existence, au point qu'il pouvait à peine opérer avec lenteur le plus petit mouvement. La tête basse; couché sur le côté droit, il se plaignait peu et ne commença à s'inquiéter de sa position que le

24 mai. L'intelligence fut intacte jusqu'au 17 juin, après quoi il y eut délire toutes les nuits.

On opposa au dévoiement la tisane de riz avec le sirop de coing, puis on y ajouta du diascordium deux fois le jour, et huit onces de décoction de cachou. Le 5 mai, on joignit à tous ces moyens l'application d'un vésicatoire sur le ventre, et on ajouta six gouttes d'acide muriatique au cachou, puis du laudanum, le tout sans succès : on prescrivit dans le dernier mois la potion tonique et la décoction blanche sans avantage évident. Le cachou répugnait beaucoup au malade et excitait quelquefois des nausées.

Ouverture du cadavre vingt-trois heures après la mort.

Etat extérieur. Résolution complète et extrême des membres, telle qu'il est bien rare de la rencontrer à une époque aussi voisine de la mort ; dernier degré de marasme.

Tête. Granulations avec opacité de l'arachnoïde dans quelques points, près du sillon médian ; infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable, tout l'encéphale d'une bonne consistance, sans injection. Une cuillerée de sérosité dans le ventricule latéral droit, un peu moins dans le gauche.

Cou. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère étaient pâles et dans l'état naturel.

Poitrine. Le poumon gauche adhérait à la plèvre costale, au moyen d'un tissu cellulaire lâche, ou d'une fausse membrane semi-cartilagineuse qui l'enveloppait à son sommet, en forme de calotte, dans la hauteur

de trois pouces. Dans le point correspondant le tissu pulmonaire était ferme, non grenu, sans excavation, d'une couleur grisâtre et noirâtre, contenait un peu de sérosité et quelques bulles d'air qu'on mettait en évidence par une forte pression : le reste de ce viscère était fort légèrement infiltré, d'ailleurs sain. Le poumon droit était parfaitement libre, lourd, infiltré d'un fluide rougeâtre, et dans la plèvre correspondante se trouvaient huit à dix onces de sérosité. Les bronches étaient d'un rouge assez vif du côté gauche.

Abdomen. La cavité abdominale contenait une petite quantité de sérosité citrine. Le foie ne dépassait pas les côtes, avait une couleur fauve tiquetée de rouge, offrait à l'intérieur de trente à quarante petites cavités, plus nombreuses vers sa grosse extrémité que partout ailleurs, du volume d'un pois ou d'une aveline, remplies d'un pus verdâtre, médiocrement épais. Ces petits abcès n'étaient pas enkystés; seulement le tissu hépatique était pâle, comme réticulé dans leur pourtour, et cette structure était la même pour tous. Un peu ramolli dans toute son étendue, le foie ne l'était pas davantage autour de ces petits foyers purulens que partout ailleurs. La vésicule biliaire avait un volume convenable, contenait un liquide d'une médiocre viscosité, au milieu duquel se trouvaient quelques petits calculs : sa membrane muqueuse était triplée d'épaisseur et offrait six ulcérations arrondies, d'une ligne environ de diamètre, dont trois étaient superficielles. Celle de l'œsophage était saine et pâle dans ses deux tiers supérieurs, un peu rouge au-dessous, et dans cette dernière partie la tunique musculaire était deux fois plus

épaisse qu'au-dessus. L'estomac était un peu étranglé à trois pouces du pylore, et sa membrane muqueuse parfaitement saine sous tous les rapports. Il en était de même de celle du duodénum et de l'intestin grêle, qu'on trouvait grisâtre dans quelques points. Le gros intestin contenait une assez grande quantité de liquide roussâtre, peu épais, puriforme; sa membrane muqueuse était molle comme du mucus, sans rougeur ni ulcération. Sa tunique musculaire, celle de l'intestin grêle et de l'estomac étaient presque doublées d'épaisseur. Les glandes mésocolites avaient un volume médiocre, étaient dures et pâles, sans autre lésion. — Les reins, surtout le gauche, qui offrait à sa surface un petit kyste séreux, étaient extrêmement pâles : les autres viscères dans l'état naturel.

Ici les abcès n'étaient pas enkystés, il semblait seulement que le parenchyme du foie, écarté et comprimé à leur pourtour, laissât en évidence le tissu cellulaire qui entre dans sa composition, et fût tapissé par une espèce de réseau celluleux. Comme dans les première, deuxième et quatrième observations, le foie était ramolli; mais au lieu d'être plus rouge, il semblait au contraire plus pâle que dans l'état ordinaire, et l'on peut se demander par cela même s'il était enflammé. Si l'on se rappelle que la couleur des tissus enflammés varie aux différentes époques de la phlogose, que dans nombre de cas où les membranes muqueuses sont ramollies et épaissies à la suite d'une inflammation manifeste, on les trouve néanmoins décolorées; que dans plusieurs de ceux

où elles sont pâles et ramollies sans être plus épaisses que dans l'état sain, elles sont *probablement* encore telles par suite d'une inflammation (1) : si l'on observe enfin qu'au milieu du tissu hépatique ramolli, mais pâle, se trouvaient des points certainement phlogosés, ceux qui environnaient les abcès et dont la couleur n'était pas plus intense, on en conclura d'une manière assez rigoureuse, il nous semble, que le tissu en question était enflammé. Il est à remarquer d'ailleurs qu'au moment où l'ictère parut, le pouls devint accéléré.

Bien que la jaunisse et la douleur dans l'hypochondre droit aient débuté en même temps, et doivent être rapportées à l'hépatite, on peut croire que la vésicule n'était pas étrangère à ce dernier symptôme. La douleur était en effet superficielle et profonde, la membrane muqueuse de la vésicule épaissie et ulcérée; et si l'absence du pus semble indiquer dans son épaississement une affection ancienne, ses ulcérations avaient peut-être une origine récente, et une douleur plus ou moins vive a pu accompagner leur développement.

L'épaississement de la tunique musculaire de la partie inférieure de l'œsophage, de celle de l'estomac et des intestins, est un fait remarquable par sa rareté; et nous nous demandons s'il convient de rapporter à cette lésion la gêne de la déglutition éprouvée par le malade pendant le dernier mois de son existence, précisément là où commençait l'hypertrophie de la membrane musculaire de l'œsophage; ou bien, s'il

(1) Voyez nos *Recherches sur la Phthisie*, pag. 65 et 99.

faudrait en accuser sa membrane muqueuse, que nous avons trouvée rouge, sans autre altération appréciable, dans la partie correspondante.

Enfin nous remarquerons que l'espèce de calotte semi-cartilagineuse qui enveloppait le sommet du poumon gauche, est extrêmement rare chez les individus qui ne sont pas phthisiques, et que bien que celui-ci fût très-sujet au catarrhe pulmonaire depuis plusieurs années, et qu'à l'époque de la mort il fût enrhumé depuis huit mois, ses poumons n'offrirent pas la moindre trace de tubercules.

Si les observations d'hépatite que nous venons de rapporter étaient des maladies simples, ou si, sans être simples, elles n'eussent offert que de légères complications, peu susceptibles d'influencer la marche et les symptômes de la maladie principale, nous pourrions envisager ceux-ci d'une manière générale et plus ou moins étendue : mais à part le premier cas qui fait peut-être exception, et dans lequel l'affection du foie a été latente, elle est toujours survenue avec ou dans le cours d'autres maladies plus ou moins graves ; en sorte que sous le rapport des symptômes, nous devons nous borner, dans l'histoire générale de l'hépatite, à rappeler que la jaunisse et la douleur dans l'hypochondre droit ont eu lieu chez quatre des cinq sujets dont nous avons donné l'histoire, et la tension dans cette même partie deux fois seulement ; symptômes connus depuis long-temps, et dont la réunion caractérise d'une manière assez précise l'hépatite. Mais isolés ou même réunis deux à deux, ces symp-

tômes, quand ils surviennent dans le cours d'une affection aiguë, n'ont que peu ou point de valeur : car s'il s'agit de la jaunisse, elle a lieu assez fréquemment dans cette circonstance sans qu'il y ait hépatite ; et relativement à la douleur, elle peut avoir tant de causes différentes qu'elle n'est pas non plus un symptôme bien décisif : mais il doit en être tout autrement, quand ces symptômes, la douleur dans l'hypochondre droit et la jaunisse, surviennent dans le cours des maladies chroniques (bien entendu que nous en exceptons les cas de cancer du foie et autres affections organiques de ce viscère) ; car alors nous n'avons jamais observé l'ictère qu'il n'y eût en même temps inflammation du foie.

Aucun de nos malades n'a éprouvé de douleur dans l'épaule droite, et nous hésitons à croire que ce symptôme, indiqué par les auteurs, appartienne réellement à l'hépatite. Peut-être, dans les cas où il a été observé, y avait-il, avec cette affection, quelque maladie du poumon ou de la plèvre du côté droit, à laquelle il aurait fallu le rapporter.

L'hépatite a marché plus ou moins rapidement chez quatre des cinq sujets que nous avons observés, ou du moins les symptômes qu'on peut lui attribuer n'ont débuté que de six à trente jours avant la mort.

On a voulu assigner les *causes* de l'hépatite comme on l'a fait pour une multitude d'autres maladies, et peut-être n'y a-t-on pas mieux réussi. Les auteurs s'accordent généralement à considérer les climats chauds comme une des causes les plus énergiques de l'inflammation du foie ; mais ce fait est nié par des médecins recommandables, entre autres par P. Frank,

qui a exercé la médecine dans les climats les plus opposés. Et d'ailleurs si l'hépatite est si fréquente dans les pays chauds, comment son histoire est-elle encore si peu avancée? pourquoi les auteurs qui l'assurent et qui ont pratiqué dans ces climats, en savent-ils si peu; et comment avons-nous été assez mal servis par les circonstances, pour n'observer cette affection qu'en mars, avril, mai, octobre et décembre?

On a dit aussi, dans ces derniers temps, que quand l'hépatite n'était pas occasionée par une violence extérieure, elle reconnaissait constamment pour cause une inflammation de la membrane muqueuse du duodénum. Nous ne prétendons pas que ces deux lésions ne puissent exister en même temps; mais nos observations prouvent assez que cela est loin d'être constant, puisque dans les quatre cas où la membrane muqueuse du duodénum a été examinée avec soin, elle a été trouvée parfaitement saine, si l'on en excepte un léger degré de ramollissement, sans rougeur, chez le sujet de la deuxième observation. Mais peut-être élèvera-t-on des doutes sur l'exactitude des faits que nous avons recueillis, et dira-t-on qu'il est au moins fort extraordinaire que dans plusieurs cas nous ayons trouvé la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle plus ou moins vivement enflammée, sans que celle du duodénum, qui se trouve placée entre l'une et l'autre, ait été affectée. A cela nous répondrons que quand la membrane muqueuse de l'estomac est enflammée, l'inflammation s'arrête ordinairement à une certaine distance du pylore, ainsi que nous en voyons un exemple remarquable dans la première observation, et que quand la phlogose at-

teint la membrane muqueuse de l'intestin grêle, elle commence ordinairement par la portion la plus rapprochée du cæcum, et ne se propage jusqu'au duodénum que dans les cas les plus rares; en sorte que les faits que nous avons rapportés, loin d'avoir quelque chose d'extraordinaire, ne sont que l'expression d'une loi générale. C'est l'état des glandes lymphatiques dans l'inflammation des membranes muqueuses auxquelles elles correspondent, qui a fait admettre la duodénite comme cause de l'hépatite; mais l'analogie, on en conviendra, est loin d'être complète, et le fût-elle autant qu'elle l'est peu, ce serait une nouvelle preuve qu'elle est une cause fréquente d'erreur.

Les plaies de tête ont encore été mises par les auteurs au nombre des causes des abcès du foie. Sans rapporter les raisons qui nous font douter de cette influence, ni les objections de Morgagni à ce sujet, nous dirons qu'une des principales explications données de ce fait nous semble entièrement dépourvue de fondement. On a supposé en effet que dans les plaies de tête il y avait stase du sang dans les cavités droites, et de là engorgement du foie, d'où son inflammation. Mais dans les maladies du cœur où cet engorgement est beaucoup plus certain et plus considérable que dans aucune autre affection, les abcès du foie ne sont pas plus communs que dans toute autre circonstance; et pour ne parler que des faits que nous avons observés nous-même, nous dirons que sur quarante-cinq sujets morts de maladie du cœur, nous n'avons trouvé de foyers de pus dans aucun cas; en sorte que les congestions mécaniques ne nous semblent pas plus

pour le foie que pour les autres viscères une cause d'inflammation.

Sous le rapport de l'anatomie pathologique, nos observations nous paraissent offrir de l'intérêt, en ce qu'elles montrent surtout que les abcès du foie contiennent souvent un pus de bonne qualité, qu'ils soient enkystés, ce qui est le plus fréquent, ou qu'ils ne le soient pas (obs. v). A part le premier cas, dans lequel nous n'avons trouvé qu'un grand kyste purulent, et à peu de distance quelques taches jaunes que nous avons considérées comme du pus, les autres offraient un plus ou moins grand nombre d'abcès, et en général d'un petit volume. La membrane qui les tapissait avait une assez grande fermeté dans un cas, et nous avons vu que cette circonstance semblait indiquer une marche plus ou moins chronique dans la formation de l'abcès (obs. I); elle était molle dans les autres, où l'affection avait suivi une marche plus ou moins rapide. Unie à l'intérieur dans les petits kystes et dans un de ceux dont les dimensions étaient assez considérables, elle offrait dans les grands abcès du sujet de la deuxième observation des espèces de plis assez larges; et nous avons vu comment on pouvait, par le rapprochement des faits et la considération de cette structure, se convaincre que ces grands abcès n'étaient, en certains cas du moins, que la réunion d'un nombre plus ou moins considérable d'abcès d'un petit volume. (Pag. 371-384.)

Autour, et dans l'intervalle des abcès, le tissu du foie était plus ou moins altéré; sa rougeur avait augmenté dans quatre cas, sa consistance dans un autre (obs. III), et dans celui-ci l'affection avait

marché d'une manière lente. Au contraire, sa fermeté était moindre que dans l'état naturel chez les quatre sujets dont l'hépatite paraissait avoir marché rapidement.

Le ramollissement du foie a déjà été noté par plusieurs observateurs, et entre autres par M. Lallemand, dans un cas d'hépatite très-aiguë, où le pus était infiltré et réuni en foyers (1). Mais nous ne croyons pas que dans l'état actuel de la science, on puisse considérer ce ramollissement uni à l'augmentation d'intensité de la couleur rouge du foie, comme une preuve certaine de son inflammation, si ce viscère ne contient en même temps une certaine quantité de pus, ou si l'on n'a observé pendant la vie les symptômes de l'hépatite, l'ictère et la douleur dans l'hypochondre droit. Et en effet, ces symptômes ayant existé chez quatre des cinq sujets dont nous avons donné l'histoire, c'est une raison de croire qu'ils manquent rarement dans l'hépatite, et de douter de l'existence de celle-ci quand ils n'ont pas été observés, ou que le foie ne présente pas non plus de signes évidens d'inflammation, nous voulons dire de collections de pus. Et relativement au ramollissement, nous ajouterons que la consistance de nos organes, dans l'état naturel, n'est pas toujours la même, témoin celle des muscles; que dans beaucoup de cas où le cœur, par exemple, est extrêmement mou, on ne saurait le croire enflammé ; qu'il en est encore de même pour le tissu de la matrice, qui se développe et se ramollit

---

(1) Troisième lettre sur l'*Encéphale*, pag. 351.

durant la gestation par un procédé qui n'est certainement pas celui de l'inflammation ; que ce qui est vrai pour les muscles, pour le cœur et pour l'utérus, doit l'être aussi pour le foie, dont la fermeté, la couleur et le volume sont si variables; en sorte qu'un peu plus ou moins de consistance et de rougeur de ce viscère doivent être compatibles avec l'état de santé, et qu'un degré plus considérable encore des mêmes différences, mais dont nous ignorons les limites, peut bien ne pas être l'indice de son inflammation.

Mais un fait bien remarquable, et qui semble indiquer dans les abcès du foie une affection extrêmement grave, et qui ne guérit pas, c'est qu'on ne rencontre pas de cicatrices dans le parenchyme de cet organe. Quelque attention que nous ayons mise dans nos recherches, nous n'avons jamais rien observé de semblable. A la vérité, on a quelquefois vu dans l'intérieur du foie des productions fibreuses, et M. Mérat, dans un Mémoire fort intéressant sur l'Hépatite, inséré dans le *Dictionnaire des Sciences Médicales*, dit que parfois ces productions ont une forme stellaire, et pourraient être regardées comme des cicatrices. Mais on sent que pour admettre cette interprétation, il faudrait avoir vu les cicatrices du foie dans toutes leurs périodes, depuis le moment où elles commenceraient à se former, contenant encore une certaine quantité de pus entre leurs extrémités, jusqu'à celui où elles seraient complètes, et plus ou moins denses, ce qui n'a pas été fait. Nous ajouterons à ces remarques, que les abcès du foie étant ordinairement en grand nombre, on ne devrait considérer les productions fibreuses ou cartilagineuses qu'on y trouverait,

comme le produit de quelques cicatrices, qu'autant qu'elles ne seraient pas uniques.

Enfin, quoique la jaunisse existât chez quatre des cinq sujets dont nous avons donné l'histoire, les conduits biliaires n'avaient pas cessé de transmettre la bile dans l'intestin grêle, même dans le cas où un calcul assez considérable, arrêté dans le canal cystique, comprimait à un certain degré l'hépatique. Ce n'est pas, d'ailleurs, la première fois que nous ayons vu la jaunisse, sans obstacle mécanique au trajet de la bile; nous devons même dire que dans aucun des cas où elle s'est offerte à notre observation, nous n'avons pu l'attribuer à cette cause.

DE L'ÉTAT

DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

DANS LA CARIE VERTÉBRALE.

L'ÉTAT de la moelle épinière dans la carie des vertèbres ne nous semble pas avoir assez fixé jusqu'ici l'attention de ceux qui se sont occupés avec le plus de succès de l'étude de cette affection. Pott n'en dit rien, et semble attribuer tous les symptômes observés dans cette circonstance à l'altération des os; M. le professeur Boyer dit bien dans son *Traité des Maladies chirurgicales*, en parlant de la carie des vertèbres, « Que la » moelle épinière étant gênée, n'exerce plus la même » influence sur les parties situées au-dessous du point » affecté; que celles-ci sont frappées de faiblesse et de » paralysie. » Il ajoute même un peu plus loin, « Qu'il » est très-probable que la moelle épinière, fléchie » brusquement dans le point de la courbure angu- » laire de l'épine, est gênée tout-à-la-fois par le tirail- » lement qu'elle éprouve et par l'engorgement du » tissu cellulaire qui l'entoure, et surtout par cette » dernière cause, puisqu'il est possible de rétablir le » mouvement des parties, sans rendre à l'épine sa » conformation naturelle. » Mais il finit par dire, entre

autres choses, qu'à l'ouverture des corps, «On trouve
» le prolongement de la dure-mère qui tapisse le canal
» vertébral, aussibien que la moelle épinière. *exempts*
» *d'altération organique.* » Les faits que nous avons
recueillis nous semblent indiquer, au contraire, qu'à
une certaine époque de l'affection il existe, chez *la
plupart des sujets*, un ramollissement plus ou moins
marqué de la moelle, dans la partie correspondante
à la carie. On aurait pu le soupçonner de l'analogie
qui existe entre plusieurs des symptômes observés
alors et ceux du ramollissement primitif de la moelle;
mais les observations suivantes, bien que peu nombreuses,
mettront, ce nous semble, la chose hors de
doute : et afin de rendre plus évidente et plus facile à
saisir l'analogie dont nous parlons, nous ferons précéder
nos observations de carie d'une observation de
ramollissement primitif de la moelle, la seule que nous
ayons recueillie.

Ire Observation.

Ramollissement de la moelle épinière, sans carie vertébrale.

Un ciseleur sur métaux, âgé de dix-sept ans et
demi, ayant eu jusqu'à l'âge de treize ans des engorgemens
glanduleux et des ophthalmies chroniques,
fut admis à l'hôpital de la Charité le 3 novembre 1823,
se disant malade depuis deux années. Antérieurement
à cette époque, en 1820, il avait éprouvé entre les
épaules et dans un espace très-limité une douleur

fixe, qui avait duré plusieurs mois, et avait paru céder à l'emploi d'un liniment volatil, sans avoir été accompagnée d'une lésion quelconque des mouvemens volontaires. Cette douleur s'était renouvelée à la fin de 1823, et avait continué sans interruption depuis. Il s'y était joint, dans les trois premiers mois, du prurit et des inquiétudes dans les membres inférieurs, inquiétudes qui sollicitaient le mouvement, étaient dissipées par lui, et quelquefois accompagnées d'un sentiment de chaleur : puis la progression avait été gênée, était devenue graduellement plus difficile, en sorte que depuis onze mois le mouvement volontaire avait été tout-à-fait impossible, et le malade dans l'obligation de garder le lit ou de rester assis sur une chaise. Dès-lors, les membres inférieurs avaient été involontairement entraînés dans la flexion, et n'étaient revenus dans l'extension qu'autant que le malade s'était aidé de ses mains, ou que les personnes qui l'environnaient lui avaient prêté secours; encore avait-il été souvent très-difficile ou même impossible d'opérer un changement quelconque de position : c'était dans le cas de contraction spasmodique des muscles; car la paralysie n'avait pas été réelle, il y avait eu seulement impuissance du mouvement volontaire, et très-souvent les jambes et les cuisses avaient été rapidement ramenées dans l'extension. Le malade, après être resté pendant une heure dans la même position, avait toujours senti des douleurs dans les membres qui l'obligeaient à en changer. A ces divers symptômes s'étaient joints de l'engourdissement et une légère diminution de sensibilité dans les mêmes parties. D'ailleurs la respiration n'avait pas été gênée, la di-

gestion était restée facile, et l'appétit assez prononcé. Quatre cautères appliqués entre les épaules quinze mois avant l'admission du malade à l'hôpital, avaient été entretenus pendant six mois; et depuis, l'affection avait été abandonnée à elle-même.

Le 4 novembre, absence de céphalalgie, expression naturelle de la physionomie, facultés intellectuelles développées, colonne épinière parfaitement droite, douleur entre les épaules ordinairement peu considérable, augmentée par la pression; tumeur aplatie au niveau et un peu au-dessous de la base du sacrum, indolente, sans changement de couleur à la peau, de quatre pouces de diamètre, offrant une fluctuation sensible; membres abdominaux d'un médiocre volume, sans flaccidité, dans l'extension, gardant ordinairement cette position pendant une heure environ, puis se plaçant insensiblement et spontanément, sans le secours de la volonté, dans la flexion; et, comme nous l'avons dit plus haut, leur retour à l'extension n'avait lieu qu'au moyen d'une force qui leur était étrangère. Si on les écartait l'un de l'autre, ils reprenaient assez promptement leur première position. Le malade, en s'aidant de ses mains, pouvait s'incliner un peu à droite ou à gauche; mais il lui était impossible de se mettre sur le ventre; il ne pouvait pas non plus se tenir à son séant, à moins d'avoir le dos appuyé. Les mouvemens des bras étaient parfaitement libres, la sensibilité s'y trouvait un peu plus développée qu'à la poitrine, et à celle-ci qu'aux membres inférieurs, où elle avait un peu diminué, comme il a été dit. Depuis deux mois la langue était naturelle, l'appétit moindre de moitié que dans l'état de

santé, la digestion facile, les selles régulières, l'urine d'une odeur forte, mais rendue assez facilement. Le pouls battait soixante-huit fois par minute, la respiration était facile, le bruit respiratoire sans aucune espèce de râle ; il y avait un peu de toux. (Tis. pector. édulc., pot. gom., deux cautères entre les épaules, demi-portion.)

Rien de remarquable dans les huit jours suivans; mais dans les trois semaines qui vinrent après, l'anorexie fut complète, et les crêmes de riz ou les bouillons causaient de la pesanteur à l'épigastre ; quelquefois la toux provoquait des nausées, la soif fut vive, la bouche pâteuse, la gorge sèche et cuisante, et l'on s'aperçut dans les derniers jours de novembre, qu'au lieu de fluctuation, il n'y avait, à la partie supérieure du sacrum, qu'une sorte d'empâtement. La chaleur générale augmenta un peu dans les premiers jours de décembre.

Le 6 de ce mois, abattement, yeux larmoyans et douloureux, langue humide et blanchâtre, bouche pâteuse, gorge sèche, nausées, douleurs épigastriques par la toux, ventre indolent et souple, selles rares, chaleur élevée, pouls à cent vingt-huit pulsations par minutes, toux modérée, respiration naturelle, même état des membres inférieurs qu'au moment de l'admission du malade à l'hôpital, escarrhe au sacrum.

Le 7, amélioration marquée, diminution de l'intensité de tous les symptômes, éruption abondante de boutons varioleux à la figure, à la poitrine et au cou ; cessation des nausées, pouls moins fréquent.

L'éruption n'eut lieu aux cuisses que le 10 ; elle fut confluente dans beaucoup de points, et surtout à la

face, où elle ne formait qu'une large plaque. La tuméfaction du nez et des lèvres fut considérable, celle du visage universelle, et le 21 les croûtes qui obstruaient les narines tombèrent. Le pouls, après être tombé à soixante-trois pulsations par minute, le 10 décembre, devint un peu accéléré, battait cent fois dans le même espace de temps le 12, et cent trente le 22. L'appétit ne revint pas, la langue fut plus ou moins humide, il y eut un peu de diarrhée à partir du 19.

Le malade s'affaiblit progressivement, la toux fut assez forte, les crachats un peu plus épais, et il mourut le 28 à quatre heures du matin, sans délire, en pleine connaissance pour ainsi dire, s'étant beaucoup plaint et ayant eu de l'agitation la veille, toute la journée.

Ouverture du cadavre vingt-huit heures après la mort.

État extérieur. Marasme avancé, roideur cadavérique encore assez considérable; ulcération de trois pouces de diamètre, à la base du sacrum, d'une odeur gangréneuse, à bords noirâtres et décollés. Du côté droit, le décollement s'étendait à toute la surface du grand fessier, qui n'était uni à la peau que par des filamens de diverse nature qui traversaient un fluide rougeâtre et noirâtre, d'une fétidité extrême. A droite le décollement était moins considérable de moitié, le grand fessier plus ou moins blanchâtre ou grisâtre, et ramolli dans toute son épaisseur.

Tête. Point d'infiltration sous-arachnoïdienne; environ deux cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. Toute la masse encéphalique parfaitement saine.

Rachis. Les vertèbres étaient dans l'état naturel; mais la partie de la moelle épinière qui répond aux quatre premières dorsales était ramollie et amincie. Le ramollissement s'étendait à toute son épaisseur, et dans ce point elle avait une couleur rosée, était presque diffluente, offrait des ramifications vasculaires très-distinctes. Cette couleur rose ne tranchait pas moins que le ramollissement avec les parties placées au-dessus et au-dessous de la lésion, lesquelles avaient leur blancheur accoutumée.

Cou. Les glandes cervicales étaient un peu rouges, plus développées que dans l'état naturel, et d'ailleurs saines. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère n'offraient rien de remarquable.

Poitrine. Le cœur et l'aorte étaient dans l'état normal. Les poumons adhéraient aux plèvres au moyen d'un tissu cellulaire plus ou moins serré. Le gauche offrait deux petites excavations tuberculeuses à son sommet, et dans son lobe inférieur quelques petits noyaux hépatisés, au milieu d'un tissu engoué. Le poumon droit était sain, à part la dilatation des bronches, qui avaient une largeur double de celles du côté gauche, sans offrir d'autres lésions.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'œsophage était dans l'état naturel. L'estomac avait un petit volume, sa membrane muqueuse était blanche à sa face antérieure, un peu roussâtre dans son grand cul-de-sac, légèrement grisâtre dans le reste de son étendue, d'une consistance et d'une épaisseur convenables. L'intestin grêle contenait une assez grande quantité de mucus; sa muqueuse était injectée près du cœcum, dans la longueur de trois pieds; pâle et parfai-

tement saine ailleurs, si l'on en excepte quelques ulcérations dont une, placée à sa partie moyenne, dirigée transversalement, occupait presque tout le pourtour de l'intestin, avait un demi-pouce de large et des bords un peu saillans, par suite de l'épaississement de la membrane muqueuse et du tissu cellulaire sous-muqueux à son pourtour. Pareilles ulcérations existaient dans les trois derniers pieds de l'intestin, et entre elles, de beaucoup moins considérables, avec un certain nombre de cryptes plus ou moins développées. Dans le gros intestin, la membrane muqueuse du cœcum et du colon droit était ramollie, après quoi elle était parfaitement saine. Il y avait dans le cœcum une ulcération semblable à celles de l'intestin grêle. Plusieurs glandes mésentériques étaient transformées en matière tuberculeuse. — Le foie occupait une grande partie de l'épigastre, était un peu plus volumineux que dans l'état naturel, ne présentait rien autre chose de remarquable. La bile de la vésicule avait une couleur foncée et une consistance supérieure à celle qui lui est naturelle. La rate était triplée de volume, couleur lie de vin, très-ramollie, couverte à sa face externe d'une plaque cartilagineuse. Les autres viscères sains.

Rappelons les principales circonstances de cette observation. Quand le malade qui en est l'objet se présenta à l'hôpital de la Charité, il éprouvait depuis deux ans une douleur fixe entre les épaules; ses extrémités inférieures, sans être paralysées, n'étaient plus sous l'influence de la volonté, passaient insensi-

blement et involontairement de l'extension à la flexion, et une fois dans cette dernière position, ne revenaient plus à l'extension que d'une manière mécanique. Cet état des membres durait depuis un an, et avait été précédé, pendant une autre année, d'un sentiment de faiblesse qui avait successivement augmenté de manière à ne plus permettre au malade de faire un pas. La douleur entre les épaules et l'impuissance des membres inférieurs persistèrent à-peu-près au même degré, pendant les deux mois que le malade fut soumis à notre observation; une variole confluente eut lieu pendant cet intervalle, et suivit une marche régulière : quelque temps après sa terminaison, la mort survint, accélérée de beaucoup par les progrès d'une escarrhe énorme à la base du sacrum ; et, entre autres lésions remarquables, on trouva, à l'ouverture du cadavre, un ramollissement très-marqué de la moelle épinière au niveau des quatre premières vertèbres dorsales, avec amincissement et coloration rose de la même partie.

Cette lésion, qui était probablement le résultat d'une phlegmasie chronique, indique trop manifestement la cause des symptômes que nous venons de rappeler pour qu'il soit nécessaire d'y revenir, et nous nous bornerons à faire remarquer que ces symptômes, qui ont beaucoup d'analogie avec plusieurs de ceux qu'on observe dans le ramollissement du cerveau, ont une parfaite ressemblance avec ceux que Pott a si bien décrits dans l'histoire de la carie des vertèbres; que cette ressemblance est déjà, comme nous l'avons dit plus haut, une assez forte présomption en faveur de l'identité de la cause qui les produit; en sorte que

quand l'expérience ne l'aurait pas encore démontré, il serait présumable qu'à une certaine époque de la carie vertébrale il y a ramollissement d'une partie de la moelle épinière.

Les mouvemens du bras ne furent gênés dans aucun temps, et on le conçoit sans peine, les nerfs qui concourent à la formation des plexus brachiaux naissant au-dessus de la partie altérée de la moelle épinière. On peut croire qu'il en a été de même pour les mouvemens du diaphragme, à raison de l'origine des nerfs phréniques. Mais on doit penser que la respiration était plus ou moins gênée, bien que le malade nous ait assuré plusieurs fois qu'elle était libre, les nerfs qui se distribuent aux muscles intercostaux naissant de la portion ramollie de la moelle, ou au-dessous. La dyspnée est d'autant plus probable, que le sujet avait un peu de toux, que nous avons trouvé deux petites excavations tuberculeuses dans l'un de ses poumons, et que si l'on n'insiste pas auprès des malades, d'une manière toute spéciale, pour savoir ce qu'ils éprouvent, ils assurent quelquefois ne pas souffrir, quand d'ailleurs ils souffrent peu, et que leur attention est fixée sur une douleur plus incommode ou plus forte que celle au sujet de laquelle on les interroge.

IIe Observation.

Carie des troisième et quatrième vertèbres dorsales ; ramollissement de la moelle dans le point correspondant.

Une domestique, âgée de trente ans, d'une petite taille, d'un tempérament lymphatique et sanguin, d'une constitution peu forte, ayant presque tous les hivers, depuis ses plus jeunes années, une toux sèche, était malade depuis un an, quand nous l'observâmes pour la première fois, le 13 novembre 1822, à l'hôpital de la Charité. Ses règles, établies à l'âge de dix-huit ans, et toujours peu abondantes, avaient été supprimées à la suite de l'immersion des mains dans l'eau froide, quatre années avant son admission à l'hôpital : dès-lors, elle avait eu des douleurs plus ou moins vives dans les membres, et, après trois mois de souffrances, elle avait été forcée de renoncer à ses occupations, pour entrer à l'hôpital Beaujon, où elle prit des bains tièdes. Elle en sortit au bout de six semaines, soulagée, mais non entièrement guérie : les douleurs persistèrent, à un faible degré, pendant les six mois qui suivirent, après quoi les règles ayant repris leur cours, elles cessèrent aussitôt. D'ailleurs, aucune douleur de dos jusque-là. Dans les deux années subséquentes, la santé fut très-bonne, les règles revinrent à leurs époques accoutumées, et continuèrent encore de la même manière dans les six premiers mois de la maladie actuelle. Celle-ci débuta par des

douleurs sur les côtés de la poitrine, qui durèrent sept semaines, et furent accompagnées d'une diminution assez considérable des forces. Obligée de quitter ses maîtres, la malade s'établit dans un marché, où elle se rendit journellement à une heure du matin, trois mois de suite, à partir de janvier; mais au milieu du mois de février, sa faiblesse augmenta beaucoup, ses jambes commencèrent à vaciller : bientôt elle y éprouva des douleurs, et, hors d'état de rien faire, elle fut admise, dans les premiers jours d'avril, à l'hôpital de Saint-Germain où elle resta jusqu'à son entrée à celui de la Charité, c'est-à-dire pendant sept mois. Dans les trois premiers, elle pouvait encore faire quelques pas, aller d'un lit à l'autre, en se soutenant sur ses mains; mais déjà l'extension complète et volontaire des membres inférieurs était impossible. Dans la suite, elle resta constamment au lit, eut toujours les membres abdominaux dans la flexion, à moins que quelqu'un ne les mît dans l'extension; mais ils ne conservaient que fort peu de temps cette position, et revenaient insensiblement et involontairement dans la flexion : ils étaient le siége de douleurs assez vives. Les bras, déjà faibles dès l'entrée de la malade à l'hôpital, furent comme paralysés dans les trois derniers mois qu'elle y resta; ses mains étaient constamment fléchies, mais ses avant-bras jouissaient de quelques mouvemens : elle éprouvait des douleurs aux épaules, aux coudes et aux poignets; elle en eut de très-vives dans les deux derniers mois aux épaules, et peu après son arrivée à Saint-Germain, la tête s'inclina du côté gauche, et garda constamment depuis la même position. L'appétit avait peu diminué, les

selles avaient été plus rares que fréquentes, et dans les quinze jours qui précédèrent l'entrée de la malade à la Charité, l'émission de l'urine fut difficile.

Le 13 novembre, tête inclinée à gauche, figure assez animée, paralysie des bras; douleurs dans toute l'étendue des avant-bras, et jusqu'à l'extrémité des doigts, lancinantes, augmentées par le mouvement, nulles dans les bras, où la sensibilité de la peau paraissait intacte; les membres inférieurs étaient un peu engourdis, toujours dans la flexion, jusqu'à ce que quelqu'un les eût placés dans l'extension, et bientôt ils revenaient insensiblement et irrésistiblement dans leur première position. La malade y éprouvait, comme aux pieds, des douleurs lancinantes, et quelquefois des picotemens. Les muscles des jambes et des cuisses étaient fermes et dans un état de tension habituelle. On voyait à la partie supérieure du dos et dans la direction de l'épine, une saillie de deux pouces et demi de long, sur une largeur un peu moins considérable, au milieu de laquelle se trouvait une petite escarrhe; il y en avait une assez considérable, depuis quinze jours, à la base du sacrum. La langue était nette et un peu rouge, la soif assez vive, l'appétit peu considérable, le ventre tendu, légèrement météorisé, les selles nulles depuis deux jours; la toux sèche. Il n'y avait pas de douleurs sur les côtés de la poitrine. (Limonade de crême de tartre, quatre cautères autour de la tumeur; quart de portion.)

Le 19, les cuisses étaient un peu moins fléchies que le premier jour, les bras n'exécutaient que quelques légers mouvemens; les autres symptômes n'avaient pas changé d'une manière sensible.

Du 24 au 27, un peu de diarrhée sans coliques. Le 28, les douleurs dans les membres étaient moins considérables qu'à l'ordinaire ; il y eut des vomissemens de deux à quatre heures du soir, beaucoup de dyspnée, et à huit heures la malade mourut presque en parlant.

Ouverture du cadavre, dix-neuf heures après la mort.

État extérieur. Point de vergetures; infiltration peu considérable du tissu cellulaire du dos; ulcère de quatre pouces de diamètre au sacrum; tache noirâtre de la largeur d'une pièce de trente sous au talon, avec infiltration sanguine du tissu cellulaire correspondant, jusqu'au calcanéum.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne, bornée aux espaces intermédiaires aux circonvolutions; substance médullaire d'une bonne consistance, légèrement sablée de sang; environ une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; le reste dans l'état naturel.

Rachis. La saillie du dos était formée par les apophyses épineuses des troisième et quatrième vertèbres dorsales, dont le corps et les fibro-cartilages intermédiaires avaient entièrement disparu : leurs lames étaient soudées en quelque sorte, faisaient corps entre elles, et on ne voyait de traces de leur séparation que sur la ligne médiane, où le ligament jaune n'était pas entièrement détruit. Les seconde, troisième et quatrième côtes se touchaient sans intermédiaire, et leurs cartilages articulaires n'existaient plus. A la partie antérieure du rachis, dans le point correspondant aux

vertèbres détruites, se trouvait une tumeur plus saillante à droite qu'à gauche, dont les parois étaient formées supérieurement et inférieurement par le corps des deuxième et cinquième vertèbres, latéralement par le tissu cellulaire placé au-dessous des plèvres, épais d'une à trois lignes, transformé en une substance grisâtre, homogène dans plusieurs points; antérieurement et postérieurement par les ligamens vertébraux, qui étaient convertis en une matière grisâtre, homogène, sans structure déterminée, d'une ligne d'épaisseur, assez semblable aux fausses membranes, quand elles ont acquis un certain degré de densité. Le ligament antérieur était soulevé au-devant des deuxième et cinquième vertèbres par le pus de la tumeur, qui s'insinuait supérieurement sous l'aponévrose des muscles longs du cou, jusqu'à leur point d'insertion, en acquérant beaucoup de densité et en devenant comme grumeleux. Le ligament postérieur était uni à la dure-mère, qui n'offrait d'ailleurs aucune altération, et, dans le point correspondant, la moelle épinière était aplatie, ramollie et comme pulpeuse. Ce ramollissement, qui n'était point accompagné de changement de couleur, comprenait toute l'épaisseur de l'organe, n'était pas moins marqué avant qu'après la section de la pie-mère, qui ne nous parut pas évidemment altérée.

Poitrine. Adhérences légères au sommet du poumon gauche; granulations demi-transparentes rares dans cette partie; le reste sain. Du côté droit, adhérences plus serrées et plus étendues, excavation anfractueuse au sommet et à la partie postérieure du poumon, communiquant avec d'autres beaucoup moins considérables, tapissée par une fausse mem-

brane mince, semi-cartilagineuse, contenant une assez grande quantité de matière tuberculeuse ramollie : tubercules et granulations grises demi-transparentes assez nombreux dans cette partie : le lobe inférieur parfaitement sain. Le cœur et l'aorte n'offraient rien de remarquable.

Abdomen. Œsophage dans l'état naturel, sauf l'enlèvement de l'épiderme; estomac d'un médiocre volume, contenant un liquide rougeâtre, comme vineux. Sa membrane muqueuse avait la même coloration, si ce n'est dans une largeur de deux pouces, près du pylore, où elle était grisâtre, d'une consistance, d'une épaisseur convenables, et recouverte d'une couche assez épaisse de mucus visqueux ; ailleurs, elle était très-ramollie, et ne pouvait être enlevée par lambeaux. La membrane muqueuse du duodénum était un peu rose, et, à cela près, parfaitement saine. Celle de l'intestin grêle était enduite d'une assez grande quantité de mucus, offrait à peine quelques ramifications vasculaires, avait l'épaisseur et la consistance qui lui sont naturelles. Le gros intestin contenait une matière trouble, jaunâtre, grisâtre et liquide; sa membrane muqueuse était mince et d'une bonne consistance, à part deux zones étroites, placées au commencement du colon droit et à la partie moyenne du transverse, où elle était un peu rouge, légèrement ramollie et épaissie. Les glandes mésentériques étaient saines, celles du méso-colon transverse un peu rouges. — Le foie avait un volume un peu plus considérable que dans l'état sain : la bile de la vésicule était extrêmement visqueuse et d'un brun clair : la rate, deux fois plus volumineuse que dans l'état ordinaire, d'une couleur

lie de vin, facile à réduire en pulpe, adhérente au diaphragme, au moyen d'un tissu cellulaire très-serré. Les autres viscères sains.

Sous le point de vue qui nous occupe, il y a, comme on voit, la plus grande analogie entre cette observation et la précédente. Quatre années avant son admission à l'hôpital de la Charité, la malade éprouve, par suite de la suppression des règles, des douleurs dans différentes parties du corps : ces douleurs l'obligent, après six mois, d'entrer dans un hôpital, qu'elle quitte au bout de six semaines, soulagée, mais non guérie; elles ne cessent complètement qu'au quatorzième mois de leur apparition, au retour des règles; et comme, dans cette période, il n'y eut point de douleur fixe le long de l'épine ni d'altération spéciale dans les mouvemens, on peut penser qu'il n'y avait alors aucune lésion du côté des vertèbres ou de la moelle épinière. La santé est très-bonne pendant les deux années suivantes, après quoi la malade éprouve des douleurs dans les côtés de la poitrine et un affaiblissement marqué dans les membres inférieurs. La faiblesse devient tous les jours plus considérable, il s'y joint de l'engourdissement, la marche est vacillante; au sixième mois de cette affection, la malade, qui est dans un hôpital, peut à peine aller d'un lit à l'autre, en s'aidant de ses mains : au huitième, elle est obligée de rester couchée, ses membres inférieurs sont constamment dans la flexion, et quand on les place dans l'extension, ils en sortent bientôt pour reprendre spontanément, et malgré la volonté, leur première position.

Des douleurs à la partie supérieure du dos se déclarent dans les onzième et douzième mois seulement; la mort arrive bientôt après, et, à l'ouverture du corps, on trouve la moelle épinière ramollie et aplatie dans le point correspondant aux vertèbres détruites.

Si dans la première observation nous avons dû attribuer l'affaiblissement des membres, puis la cessation de l'influence de la volonté sur leurs mouvemens, au ramollissement de la moelle dans une partie de son étendue, nous ne voyons pas comment il serait possible, dans le cas dont il s'agit, de rapporter les mêmes symptômes à une cause différente, la lésion de la moelle étant d'ailleurs la même. Son aplatissement indique assez que le ramollissement était le résultat, non de l'inflexion de l'épine, mais de la pression exercée par le fluide qui avait pris la place des vertèbres détruites, sur la moelle; et cette assertion, qui n'est, pour ainsi dire, qu'une autre manière d'exprimer un fait, semble montrer que dans la plupart des cas la carie des vertèbres devance les principales altérations du mouvement d'un espace de temps plus ou moins considérable. Mais comme, dans les observations où règne le plus grand accord entre les symptômes et les causes auxquelles on doit les rapporter, il n'est pas toujours possible de se rendre compte de tout, nous ne chercherons pas à expliquer pourquoi, dans le cas dont il s'agit, la douleur de l'épine n'a eu lieu que dans les trois derniers mois de l'affection, ni comment le ramollissement de la moelle existant au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales, les bras étaient paralysés, tandis que les avant-bras jouissaient de quelques mouvemens. Ces différens

objets sont encore pour nous des anomalies, et resteront peut-être tels fort long-temps.

L'union intime, l'espèce de soudure qui existait entre les lames des vertèbres dont le corps était détruit, est une circonstance remarquable, en ce qu'elle diminuait un peu la mobilité et la fragilité de la colonne vertébrale. La transformation des ligamens vertébraux en une matière grisâtre, homogène, assez semblable aux fausses membranes pleurétiques anciennes, est encore digne d'attention.

Nous ne nous arrêterons aux lésions étrangères à celle qui nous occupe spécialement, que pour remarquer qu'il serait difficile, d'après les symptômes qui ont été recueillis, d'assigner l'époque à laquelle la phthisie a débuté, et que bien qu'il y eût une excavation assez considérable dans l'un des poumons, la toux était ordinairement sèche.

L'observation suivante, en nous offrant des symptômes un peu différens de ceux qui viennent d'être exposés, confirmera néanmoins les remarques dont ils ont été l'objet.

IIIe Observation.

Carie de la neuvième vertèbre dorsale, sans gibosité ; ramollissement de la moelle ; saillie des côtes droites dans le point correspondant à la carie.

Une cuisinière, âgée de cinquante-un ans, d'une sensibilité très-vive, d'une constitution faible et délicate, ordinairement maigre, fut admise à l'hôpital

de la Charité le 29 mai 1822. La maladie qui l'y amenait existait depuis cinq mois, et avait débuté par des frissons qui étaient revenus régulièrement pendant deux mois, de midi à quatre heures, et avaient disparu à cette époque, à la suite de l'usage d'une infusion de petite centaurée qui fut continuée pendant six semaines. Toutefois la fièvre n'avait pas complètement disparu, et au quatrième mois de son affection, la malade eut, pendant six semaines, une diarrhée assez forte, accompagnée de chaleur, de soif et de coliques; celles-ci revinrent encore fréquemment par la suite, et dans les trois derniers mois il y eut des douleurs assez vives, continues et lancinantes, le long de l'épine. La malade n'avait point été alitée, avait toujours pris un peu d'exercice, sans éprouver de douleurs ni de fatigues extraordinaires dans les membres. Son appétit avait diminué dès le début, et la maigreur qui lui était naturelle avait encore augmenté.

Le 2 juin, trois jours après son admission à l'hôpital, figure un peu fatiguée, intelligence en bon état; rien de remarquable dans les membres; colonne épinière parfaitement droite, sans la moindre saillie; douleur vive, brûlante, lancinante, au niveau des huitième et neuvième vertèbres dorsales, étendue au côté droit de la poitrine, où les côtes formaient une saillie très-marquée, à la partie moyenne de l'omoplate, et au-dessous dans la hauteur de trois pouces. La pression et la percussion sur cette partie étaient douloureuses, le décubitus latéral impossible, en sorte que pour diminuer ses douleurs, la malade était obligée depuis trois mois de se coucher sur le dos, la tête

plus ou moins élevée. Depuis la même époque elle marchait le corps plié en avant, pour diminuer les douleurs, et sa respiration était gênée, bien qu'il n'y eût pas de toux. D'ailleurs la langue était légèrement blanchâtre, sans la moindre rougeur, la soif un peu augmentée, l'appétit très-variable, tantôt assez développé, tantôt nul; tout le ventre indolent et un peu météorisé; il y avait eu la veille une selle bien liée: le pouls était dur et plein, à soixante-quinze. L'affaiblissement paraissait proportionné à la longueur de l'affection. (Tis. d'orge édulc., julep le soir, demi-quart de portion.)

A part une légère augmentation de la saillie du côté droit de la poitrine il n'y eut rien de remarquable jusqu'au 17; mais dès ce jour la malade se plaignit de pesanteur et d'engourdissement dans les membres inférieurs, sur-tout dans celui du côté droit, qu'elle ne pouvait soulever; le moindre mouvement du corps, même celui qui était communiqué avec les plus grandes précautions, causait les plus vives douleurs de dos; l'urine était variable pour la quantité et pour la couleur, rendue avec difficulté et rarement.

Le 24, l'engourdissement des membres abdominaux était le même à droite et à gauche, leur paralysie complète, leurs chairs flasques et molles. La malade y éprouva dans la nuit du 26 au 27 des douleurs lancinantes qui persistèrent jusqu'à la mort, et du 28 au 30, quelques mouvemens spasmodiques qui ne reparurent pas dans la suite. A aucune époque ils n'opposèrent la moindre résistance au mouvement qu'on voulut leur imprimer. Les douleurs de dos furent toujours très-vives, et se propa-

gèrent pour la première fois au côté gauche de la poitrine le 18 juillet. Elles allèrent en diminuant jusqu'au 23, jour de la mort.

Une escarrhe se manifesta le 27 juin au sacrum, s'étendit beaucoup les jours suivans, et n'était pas entièrement tombée le 13 juillet. Le pouls conserva le caractère et la fréquence qui ont été marqués jusqu'au 22 juin, après quoi il devint plus accéléré, battit de quatre-vingts à quatre-vingt-dix fois par minute, et, toujours régulier, il ne devint faible que six jours avant la mort.

La soif fut modérée jusqu'au 19 juin, et assez considérable à partir de cette époque; la malade eut un peu d'appétit, et fut au demi-quart de portion jusqu'au 1er. juillet; mais, passé ce terme, l'anorexie fut plus ou moins complète, et les alimens réduits à quelques crèmes de riz ou à quelques bouillons. A aucune époque il n'y eut de douleurs à l'épigastre, de nausées ou de vomissemens. La langue conserva l'aspect qu'elle offrait le premier jour, et on observa un peu de diarrhée dans le dernier mois.

L'amaigrissement suivit la progression de ce dernier symptôme, et il n'y eut de délire dans aucun temps.

La malade resta presque constamment à l'usage de l'eau d'orge et du julep; on lui ordonna le 21 juin un vésicatoire, et quelques jours après on lui appliqua des cautères le long de l'épine, vis-à-vis le point douloureux.

Ouverture du cadavre quinze heures après la mort.

Etat extérieur. Dernier degré de marasme, faible contraction, œdème assez considérable des membres

inférieurs ; l'escarrhe n'était pas encore détachée dans toute son étendue, avait quatre pouces de diamètre, et s'arrêtait à une petite distance de l'anus.

Tête. Deux cuillerées de sérosité rougeâtre et claire, mêlée de bulles d'air, dans chacun des côtés de l'arachnoïde supérieure ; infiltration sous-arachnoïdienne bornée aux intervalles des circonvolutions, aussi mêlée de bulles d'air ; cerveau d'une bonne consistance, un peu tiqueté de sang brunâtre ; très-peu de sérosité dans les ventricules latéraux ; cervelet un peu mou ; la protubérance et la moelle allongée parfaitement saines.

Rachis. Il n'offrait aucune saillie à l'extérieur ; à sa face antérieure, on voyait dans le point qui correspond à la neuvième vertèbre dorsale, une tumeur de deux pouces et demi de haut sur une largeur à-peu-près égale, contenant un fluide épais, jaunâtre, trouble, mêlé de fragmens de matière en apparence tuberculeuse, et deux esquilles d'os, de six à dix lignes cubes, sur l'une desquelles on distinguait encore des traces de fibro-cartilage. Les parois de cette tumeur étaient formées par les ligamens vertébraux antérieurs et postérieurs, par le tissu cellulaire latéral endurci, et par le corps des huitième et dixième vertèbres dorsales ; celui de la neuvième, à part les deux esquilles indiquées, était entièrement détruit, et il en était de même des fibro-cartilages correspondans. Les ligamens vertébraux étaient transformés dans le même point en un tissu grisâtre homogène, semblable à celui qui a été décrit dans la précédente observation ; le postérieur était uni à la dure-mère ; l'antérieur un peu soulevé au-devant du corps des huitième et dixième

vertèbres, légèrement rétrécies, comme corrodées et un peu ramollies. Les lames de la neuvième vertèbre dorsale étaient intactes, se trouvaient sur un plan un peu antérieur à celui des lames voisines, et à raison de leur mobilité. il suffisait du plus léger effort pour porter en sens contraire les parties inférieures et supérieures de l'épine. La dure-mère était saine au niveau de la neuvième vertèbre, et dans le point correspondant la moelle était comprimée par la tumeur, aplatie d'avant en arrière, et ramollie au point qu'en passant légèrement les doigts sur un des côtés de la section qui y fut pratiquée, on en entraînait des parcelles plus ou moins fortes. Elle n'offrait d'ailleurs aucun changement de coloration. Les cartilages articulaires des côtes correspondantes à la vertèbre détruite n'existaient plus, et du côté droit la tête de ces os avait complètement disparu. Les côtes étaient d'ailleurs très-minces et d'une telle fragilité, qu'on les brisait en employant trois à quatre fois moins de force que dans l'état ordinaire.

Poitrine. Le cœur avait un volume deux fois moins considérable que de coutume ; ses cavités, celle du ventricule gauche surtout, étaient très-rétrécies. Le poumon gauche adhérait à la plèvre costale dans presque toute son étendue, au moyen de filamens cellulaires plus ou moins serrés ; son lobe supérieur présentait quelques tubercules, et l'inférieur était un peu engoué. Du côté droit, le lobe correspondant l'était aussi et n'offrait pas d'autre lésion ; il y avait environ dix onces de sérosité dans la cavité de la plèvre, et dans le voisinage de la neuvième vertèbre dorsale, une fausse membrane de très-peu

d'étendue, très-médiocrement adhérente à la plèvre.

Abdomen. L'estomac descendait très-bas, sans être néanmoins plus volumineux qu'à l'ordinaire, avait sa grande courbure de niveau avec la crète de l'os des îles, contenait une grande quantité de mucus très-visqueux, et sa membrane muqueuse était, dans toute son étendue, alternativement rouge ou rose, d'une consistance et d'une épaisseur convenables. Celle de l'intestin grêle était légèrement injectée dans sa première moitié, pâle dans la seconde; celle du gros intestin rouge, ramollie, n'avait que la consistance du mucus, était recouverte par une matière grisâtre et puriforme. — Le foie était volumineux, descendait jusqu'à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, touchait la rate, et avait une couleur pâle; la bile de la vésicule était brunâtre, et épaisse comme de la mélasse. Les autres viscères dans l'état naturel.

Cette observation, qui offre, comme la précédente, un ramollissement très-marqué de la moelle dans la partie correspondante à la vertèbre détruite, présente plusieurs circonstances remarquables. La maladie débute par un mouvement fébrile, accompagné d'une faible diminution de l'appétit sans aucun symptôme local; cet état persiste avec de légères variations, en plus ou en moins, pendant cinq mois, c'est-à-dire pendant la première moitié de l'affection; et alors se manifestent de vives douleurs le long de la colonne vertébrale et en bas du dos : ces douleurs persistent jusqu'à la mort, et quatre mois après leur début, lors de l'entrée de la malade à l'hô-

pital, on observe, du côté droit de la poitrine, une saillie assez considérable et partielle des côtes, et une sensibilité très-vive dans cette partie par la moindre pression ; l'épine n'offre rien de remarquable, et c'est seulement trente-cinq jours avant sa mort, que la malade éprouve une grande faiblesse dans les membres inférieurs : bientôt ils sont paralysés complètement, deviennent le siége de douleurs plus ou moins vives ; on y observe même pendant quelques jours des mouvemens spasmodiques, et à l'ouverture du cadavre on trouve la neuvième vertèbre dorsale détruite, remplacée par une poche remplie de pus, et la moelle épinière ramollie et comprimée dans le point correspondant.

Ici, comme dans les précédentes observations, le rapport des effets à leur cause est évident ; la faiblesse, puis la douleur et la paralysie des membres (rarement interrompue par quelques mouvemens spasmodiques), dépendaient du ramollissement de la moelle, et celui-ci ne pouvait pas, il nous semble, être attribué à une compression mécanique exercée par la courbure angulaire de l'épine ; car à une époque à laquelle on aurait pu la supposer, quand la malade marchait pliée en deux, pour ainsi dire, aucun symptôme ne l'annonçait ; et quand la paralysie des membres inférieurs survint, la malade gardait le lit depuis quelque temps, était dans une position où la compression de la moelle ne pouvait être attribuée à la courbure angulaire de l'épine, bien peu considérable alors sans doute, ni à son raccourcissement vertical, comme on aurait pu le croire dans sa station ; en sorte qu'il faut admettre dans ce

cas, comme dans le précédent, que le ramollissement de la moelle épinière était la suite de la compression exercée sur elle par l'accumulation du pus renfermé dans la poche que nous avons décrite, ce que démontre assez d'ailleurs son aplatissement dans ce point.

Remarquons encore, ainsi que nous l'avons annoncé plus haut, que les effets du ramollissement de la moelle ont été un peu différens ici et dans les deux premières observations, où il n'y avait pas réellement paralysie, comme l'a observé Pott, mais seulement impuissance du mouvement volontaire, par la soustraction des parties placées au-dessous de la portion altérée de la moelle à l'empire de la volonté.

Bien que l'apophyse épineuse de la neuvième vertèbre dorsale n'ait jamais été sensiblement dérangée, nous soupçonnâmes la carie du moment où nous pûmes observer la malade, tant à cause de la fixité de la douleur qu'elle éprouvait dans la région de l'épine, qu'à raison de la saillie toute récente des côtes dans le point correspondant; mais le défaut de lésion volontaire du mouvement nous laissa quelques doutes qui ne furent dissipés que par la paralysie des membres inférieurs.

Une circonstance assez remarquable de cette observation, c'est le mouvement fébrile qui a précédé de cinq mois l'apparition des symptômes locaux. Si l'on réfléchit que les deux excavations tuberculeuses du poumon gauche étaient petites, et sans doute récentes à la mort du sujet, que de ce côté le désordre était peu considérable, et que la malade ne toussait pas, on sera porté à croire que la cause du mouve-

ment fébrile était ailleurs que dans les poumons ; et comme le ramollissement de la membrane muqueuse du gros intestin ne remontait pas au-delà du dernier mois de l'existence, que la rougeur de celle de l'estomac sans épaississement, ni changement de consistance, supposait un désordre plus récent encore (1), on sera nécessairement conduit à rapporter le mouvement fébrile à la carie, alors latente, de la neuvième vertèbre dorsale. Un autre fait, la saillie des côtes droites, vient encore à l'appui de cette conclusion : car au moment où la malade fut admise à l'hôpital, la douleur de l'épine ne datait que de trois mois, et déjà néanmoins la saillie dont il s'agit existait depuis quelque temps ; c'est-à-dire que depuis quelque temps la carie de la neuvième vertèbre dorsale, dont la saillie des côtes était le résultat, était très-avancée, et cet os en grande partie détruit. Et comme la destruction des os ne s'opère qu'avec lenteur, il faut admettre qu'elle avait commencé plus ou moins long-temps avant la naissance des douleurs, et n'avait donné lieu jusque-là qu'à des symptômes généraux.

On se rappelle que les lames de la vertèbre détruite n'étaient point soudées avec celles des vertèbres voisines ; qu'après l'enlèvement du sternum, le plus léger effort exercé sur les parties supérieures et inférieures de l'épine suffisait pour les porter en sens contraire ; et cette mobilité extrême nous semble expliquer d'une manière satisfaisante pourquoi le plus petit mouvement, communiqué avec

---

(1) Voyez nos *Recherches sur la Phthisie*, pag. 71.

toutes les précautions convenables à la malade, lui causait néanmoins les plus vives douleurs.

L'observation suivante nous offrira une carie tout-à-fait latente des vertèbres, bien que la lésion que nous cherchons à signaler, le ramollissement de la moelle épinière, existât.

IVe Observation.

Destruction de la septième vertèbre dorsale, sans gibosité ; ramollissement de la moelle épinière dans le point correspondant.

Une couturière, âgée de soixante-cinq ans, d'une sensibilité très-vive, maigre depuis sa première couche, avait éprouvé, de vingt à trente-huit ans, plusieurs suppressions de règles, et toujours à la suite d'émotions fortes : la dernière avait eu lieu à l'âge de trente-huit ans, et l'évacuation périodique n'était pas revenue depuis. Dans le cours de l'année suivante, la malade avait eu, à l'époque ordinaire des règles, des douleurs variées dans les membres, douleurs auxquelles on opposa plusieurs saignées, puis un cautère à la jambe gauche, qui fut soigneusement entretenu depuis. Des douleurs semblables s'étaient encore manifestées aux épaules à l'âge de soixante-trois ans, et avaient duré trois mois. Admise à l'hôpital de la Charité, le 13 décembre 1822, la malade accusait cinq mois de maladie.

Au début, et pendant les quatre premiers mois, douleurs vives à la partie moyenne du dos : ces dou-

leurs ne s'opposaient ni à la flexion ni à l'érection du corps, mais gênaient beaucoup la malade quand elle descendait les escaliers, la privaient de sommeil, étaient plus considérables la nuit que le jour. Diminuées à la suite de l'application de douze sangsues à l'anus, à la fin de novembre, elles avaient entièrement cédé à l'action d'un vésicatoire placé quelques jours après entre les épaules ; mais depuis cette dernière époque l'appétit avait beaucoup diminué, il y avait eu par intervalles des douleurs épigastriques, l'affaiblissement était devenu considérable, la marche impossible, et la diarrhée, qui avait débuté trois semaines auparavant, persistait.

Le 14 décembre, la malade n'éprouvait de douleurs dans aucune partie du corps, était extrêmement faible, de manière qu'après avoir été conduite en voiture à l'hôpital, on fut obligé de la porter dans la salle Saint-Joseph, où elle fut placée ; sa langue était ponctuée de blanc, et d'ailleurs naturelle ; elle avait peu de soif, et encore moins d'appétit ; les selles étaient liquides, au nombre de deux à trois dans la journée ; il n'y avait ni douleur ni tumeur sensible à la région épigastrique, dans laquelle la malade éprouvait seulement un peu de pesanteur après ses repas : ceux-ci consistaient en potages. L'urine était abondante et facile, le pouls calme, la respiration naturelle, l'amaigrissement considérable. (Tisane de riz édulc. avec le sir. de coing, lav. de lin et de pavot, deux demi-crêmes de riz, trois bouill.)

Nous observâmes très-attentivement la malade tous les jours ou tous les deux jours, jusqu'au terme fatal, qui arriva le 24 février, soixante-dix jours après son

entrée à l'hôpital ; et voici ce que nous remarquâmes.

Les douleurs du dos ne reparurent pas, et trois fois seulement, les 22, 23 décembre, et 16 janvier, il y en eut d'assez vives dans le côté droit de la poitrine, quatre pouces environ au-dessus du rebord des fausses côtes. La faiblesse fut toujours considérable, mais à aucune époque il n'y eut de paralysie, de douleurs ou de mouvemens spasmodiques dans les membres. Nous observâmes même, dans le cours de janvier, que les mouvemens étaient assez libres, que le changement de position s'opérait sans peine.

Le pouls resta calme jusqu'au 6 janvier, mais il y eut les jours suivans, vers quatre heures du soir, un frisson suivi de chaleur et de sueur, et dans la matinée le pouls battait de soixante-quinze à quatre-vingts fois par minute. On administra, du 13 au 21 janvier, du sulfate de kinine à la dose de six à dix grains : les frissons manquèrent pendant presque tout ce temps, et revinrent encore le 30 janvier, pour ne plus reparaître dans la suite.

Il y eut parfois un peu de toux, et une petite quantité de crachats muqueux.

La langue fut presque toujours dans l'état naturel, quelquefois blanchâtre, et n'offrit jamais de couleur rouge à son pourtour. L'anorexie fut complète jusqu'au moment où l'on administra le sulfate de kinine ; mais alors l'appétit se prononça, et la malade fut mise successivement au demi-quart, puis au quart de portion, qu'elle digérait assez aisément. L'appétit se soutint encore dans les vingt jours qui suivirent l'administration du fébrifuge, après quoi il diminua, puis disparut complètement. Il y eut, à plusieurs re-

prises, vers la fin de décembre, des vomissemens de boissons ou de bile; mais ils cessèrent bientôt, ne se reproduisirent que dans les derniers jours de la vie, à la suite d'une affection morale forte, et, dans l'intervalle de ces deux époques, il n'y eut pas même de nausées. La malade se plaignit rarement de pesanteur à l'épigastre après le repas, et la pression ne fut un peu doulonreuse dans cette région que dans les derniers jours de la vie. La diarrhée, qui fut assez considérable dans le même temps, avait été fort rare jusque-là, et l'émission de l'urine se fit toujours sans obstacle.

La mort fut précédée de quelques heures de délire.

Outre les boissons adoucissantes, les lavemens de lin et de pavot et le sulfate de kinine, on administra, par intervalles, l'eau de riz édulcorée, et, à la fin de décembre, quelques verres d'eau de Seltz, qu'on supprima au bout de deux jours, parce qu'elle semblait plutôt augmenter que diminuer les vomissemens.

Ouverture du cadavre trente-cinq heures après la mort.

État extérieur. Point de vergetures; dernier degré de marasme. Rien autre chose de remarquable.

Tête. Os du crâne d'une médiocre consistance et d'une épaisseur considérable antérieurement et postérieurement; infiltration sous-arachnoïdienne beaucoup plus épaisse à gauche qu'à droite, bien que le cadavre eût reposé plus de vingt-quatre heures sur ce dernier côté; substance corticale du cerveau un peu molle; deux petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux.

Rachis. Il n'offrait aucune saillie le long du dos; mais antérieurement, au niveau des cinquième, sixième, septième et huitième vertèbres dorsales, on voyait une tumeur de trois pouces et demi de haut, qui débordait leur corps de quelques lignes à droite et à gauche, avait pour parois le tissu cellulaire sous-pleural, les ligamens vertébraux qui avaient subi l'altération décrite dans les précédentes observations, et le corps des sixième et huitième vertèbres un peu rétréci, comme corrodé et légèrement ramolli. Cette tumeur était remplie par une matière purulente, qui s'épaississait au voisinage des parties solides, où elle formait une sorte de détritus blanc jaunâtre, et soulevait, dans une certaine étendue, les ligamens vertébraux. La septième vertèbre et la substance intervertébrale qui l'unissait à la huitième étaient détruites, l'extrémité postérieure des côtes qui y répondait, extrêmement ramollie : il en était de même de la moelle épinière dans le même point; son ramollissement était sensible avant de l'avoir incisée comme après, et la couleur qui lui est naturelle n'était pas altérée.

Poitrine. Le cœur n'avait que la moitié de son volume ordinaire, était d'ailleurs sain, et cette diminution de volume portait principalement sur ses cavités gauches. L'aorte était large, avait une légère teinte rose, et offrait quelques plaques cartilagineuses dans son épaisseur. Le poumon gauche était dans l'état naturel; le lobe inférieur de celui du côté droit un peu violacé et infiltré d'une sérosité rougeâtre : les bronches parfaitement saines.

Abdomen. L'œsophage était encore recouvert, dans

quelques points, de son épiderme. L'estomac avait un médiocre volume, n'offrait rien de remarquable à l'extérieur. A l'intérieur, à deux pouces du pylore et sur le trajet de la petite courbure, on trouvait une ulcération un peu ovalaire, de deux pouces dans son grand diamètre, inégale, grisâtre et blanchâtre, dont les bords renversés avaient plus de trois lignes d'épaisseur, et la partie moyenne une et demie tout au plus. Le tissu qui formait le fond de l'ulcération était homogène, d'un aspect mat et d'une consistance assez considérable ; la pression n'en faisait sortir aucun fluide. La tunique musculaire était encore distincte, n'avait que son épaisseur ordinaire autour de cette ulcération, dans la largeur de deux lignes; mais un peu plus en dehors, à trois quarts de pouce environ, elle était quatre fois plus épaisse que dans l'état sain, et, à part cette hypertrophie et un léger excès de consistance, elle n'offrait rien de remarquable. Dans la partie correspondante à cette lésion qui occupait une surface de huit à neuf pouces carrés, le tissu cellulaire était plus épais et plus dur que dans l'état normal. La membrane muqueuse était un peu ramollie dans quelques-uns des points qui avoisinaient sa circonférence, et saine partout ailleurs. Le duodénum et l'intestin grêle étaient dans l'état naturel; la membrane muqueuse du gros intestin pâle et ramollie. — La vésicule biliaire contenait une cinquantaine de petits calculs à facettes, n'offrait d'ailleurs rien de remarquable. Il en était de même des autres viscères.

Sous le point de vue qui fait l'objet spécial de ce mémoire, cette observation n'est pas moins intéressante que celles qui la précèdent, et confirme ce qui a été dit, puisque la moelle épinière était ramollie dans le point correspondant à la vertèbre détruite. Mais tandis que dans les deuxième et troisième observations une altération plus ou moins profonde du mouvement indiquait pendant la vie l'existence de la lésion, ici elle a été méconnue par l'absence des mêmes symptômes, jusqu'à l'autopsie cadavérique. Cet état latent n'a d'ailleurs rien d'extraordinaire, puisque les lésions de tous nos organes offrent plus moins souvent ce caractère, et en particulier le ramollissement du cerveau et celui de la moelle, alors même qu'il est primitif, et plus ou moins étendu (1).

Toutefois, bien que l'affection n'ait pas été reconnue et qu'elle ne dût pas l'être, elle a donné lieu à un des symptômes qui l'accompagnent le plus ordinairement, nous voulons parler de la douleur éprouvée par la malade pendant quatre mois, à la partie moyenne du dos. Il est encore vrai de dire que cette grande faiblesse dont nous ignorions la cause, doit être considérée comme l'effet de la carie vertébrale, et surtout du ramollissement de la moelle; mais ce symptôme décelait l'existence d'une cause inconnue, sans en indiquer la nature, et ne pouvait suffire,

(1) Voyez le Mémoire de M. Velpeau, sur quelques altérations de la moelle, *Archives générales de Médecine*, tom. VII, pag. 309, et la dixième observation de notre Mémoire, sur les communications des cavités droites avec les cavités gauches du cœur, pag. 313 de cet ouvrage.

réuni à la douleur du dos, pour éclairer le diagnostic.

Ainsi, tout en offrant la même lésion de la moelle épinière, les deuxième, troisième et quatrième observations nous ont présenté des symptômes différens. Dans la première, douleurs dans la région de l'épine, roideur, faiblesse, quelquefois mouvemens spasmodiques des membres inférieurs : dans la seconde, mêmes douleurs, puis paralysie des mêmes parties, rarement interrompue par quelques mouvemens convulsifs ; et dans la troisième, encore des douleurs dans la région indiquée, unies à une faiblesse dont rien ne pouvait rendre compte pendant la vie, sans paralysie ni roideur des membres abdominaux.

Mais ces douleurs, nées à différentes époques de la carie vertébrale, faut-il les attribuer à celle-ci ou au ramollissement de la moelle? Si nous nous rappelons que dans le premier cas où ce ramollissement était primitif et sans carie, il y avait des douleurs dans la portion de l'épine qui lui correspondait, nous serons portés à croire qu'il devait en être de même dans les autres que dans tous les douleurs étaient dues au ramollissement dont il s'agit. D'un autre côté, bien que dans certains cas le début des douleurs paraisse plus ou moins postérieur à celui de la carie (obs. III), on ne saurait douter que chez un grand nombre de sujets, celle-ci ne produise des souffrances plus ou moins vives, et l'observation suivante suffirait pour le prouver : en sorte qu'il faut admettre que la carie des vertèbres et le ramollissement de la moelle qui en est la suite, donnent lieu l'une et l'autre à une douleur dont le début ne correspond pas toujours à

celui de l'affection à laquelle elle est liée, et qu'à une certaine époque ces deux douleurs se confondent.

Les observations qui font l'objet de ce mémoire ne sont pas seulement remarquables par la variété des symptômes qui dépendaient du ramollissement de la moelle épinière, elles montrent encore combien le diagnostic de la carie des vertèbres peut présenter de difficultés, et qu'on doit la confondre dans plus d'un cas avec le ramollissement primitif du prolongement rachidien. Ce cas semble devoir exister, toutes les fois que les symptômes de ce ramollissement sont très-prononcés, sans que les vertèbres cariées ou les côtes qui leur correspondent fassent saillie; car alors les malades se trouvent, relativement à l'observateur, dans la position de celui qui fait le sujet de notre première observation, et chez lequel le ramollissement était primitif. Toutefois, nous pensons que dans de semblables circonstances, on pourrait, sinon reconnaître, du moins soupçonner fortement la maladie, si la pression exercée sur les côtes correspondantes à la portion de l'épine qui est le siége de la douleur était très-pénible, et que le moindre mouvement du corps exaspérât cette douleur; puisque ces derniers symptômes n'appartiennent pas au ramollissement primitif de la moelle, et peuvent s'offrir à une époque avancée de la carie des vertèbres. Et si, comme nous en verrons un exemple dans l'observation suivante, on entendait quelques craquemens dans le point douloureux, on ne pourrait plus conserver de doutes. Dans le cas où les symptômes qui dépendent de la lésion de la moelle existant, les côtes viennent à faire saillie dans un point qui correspond

à celui de la douleur de l'épine (IIIe obs.), on devra croire, bien qu'il n'y ait pas de gibbosité, qu'il y a carie d'une ou de plusieurs vertèbres.

L'expérience a démontré l'utilité du cautère dans la maladie de Pott, quand déjà cette affection est ancienne et le mouvement volontaire plus ou moins profondément altéré. Une conséquence rigoureuse de ce qui précède, c'est que le même moyen doit être employé dans le ramollissement simple ou primitif de la moelle épinière. Et en supposant qu'alors les cautères n'aient pas le même succès que dans la carie vertébrale (notre première observation semblerait l'indiquer), ce serait une nouvelle preuve de la différence extrême qui existe entre les affections de même nature, suivant que leur cause est externe ou interne.

Nous terminerons par une observation de carie vertébrale sans ramollissement de la moelle, et, en la comparant aux précédentes, nous verrons nos premières réflexions se confirmer.

Ve Observation.

Une femme, âgée de soixante ans, d'une constitution peu forte, n'ayant jamais éprouvé néanmoins d'affections graves, fut admise à l'hôpital de la Charité le 21 mars 1826. Elle avait un goître depuis l'enfance, était sujette au rhume depuis dix ans, avait un peu de dyspnée depuis vingt, et faisait remonter sa maladie à quatre mois. Elle l'attribuait à un effort fait au milieu de novembre, et pendant lequel elle avait

éprouvé une violente douleur au bas de l'épine dorsale. Ayant porté aussitôt la main dans cette région, elle y sentit une légère saillie et dès-lors la douleur y fut plus ou moins vive, les forces diminuèrent, et à partir du mois de janvier la malade ne put marcher sans appui. La dyspnée habituelle augmenta, l'appétit diminua beaucoup dès le début; il n'y eut ni douleurs à l'épigastre, ni nausées, ni vomissemens, ni diarrhée; la constipation fut au contraire assez fréquente.

Le 3 avril, figure un peu pâle, mais d'ailleurs naturelle, intelligence développée, mémoire exquise, saillie peu considérable formée par les apophyses épineuses des huitième, neuvième et dixième vertèbres dorsales; douleur lancinante dans cette partie, augmentant par la station et par le mouvement; les côtes correspondantes, qui avaient été le siége de douleurs plus ou moins vives pendant longtemps, ne sont plus sensibles qu'à la pression et à la percussion, et forment une saillie très-légère; les membres inférieurs sont indolens comme par le passé, n'offrent ni roideur, ni mouvemens spasmodiques, sont très-faibles, le gauche surtout; la malade descend de son lit avec peine, et s'y replace plus difficilement encore; anorexie presque complète, soif nulle, langue humide, un peu jaune en arrière, sans rougeur; ventre légèrement météorisé, un peu sensible à la pression du côté droit: pouls calme, chaleur douce, respiration assez facile, quelques craquemens du côté gauche de la poitrine dans l'inspiration, qui se fait sans râle, et comme dans l'état naturel partout ailleurs. (Quatre cautères au niveau et au-

dessus de la saillie vertébrale, houblon, trois soupes, deux bouillons.)

Depuis lors jusqu'au 7 juin, jour de la mort, la douleur cessa de se faire sentir à l'épine dorsale, et se borna aux cautères; le mouvement communiqué était très-douloureux, et jusqu'à sa dernière heure la malade s'y refusa, prenant elle-même la position la plus convenable pour le pansement. Elle nous dit, au commencement du mois de mai, qu'elle entendait quelquefois des craquemens au niveau de la saillie vertébrale, quand elle opérait quelques mouvemens, et nous vérifiâmes ce fait plusieurs fois. A aucune époque les membres inférieurs ne furent ni douloureux, ni roides, ni paralysés; mais ils devinrent tous les jours plus inhabiles à remplir leurs fonctions, et, dans les dix derniers, la malade ne quitta plus le lit pour satisfaire ses besoins.

Elle éprouva le 18 avril une oppression assez forte accompagnée de toux, de crachats visqueux et rouillés, d'un peu de crépitation du côté droit du thorax, au moment de l'entrée de l'air. Deux saignées de huit à dix onces, pratiquées les 19 et 20, furent suivies d'une amélioration très-marquée dans les symptômes; mais la toux continua, plus ou moins forte, jusqu'à la mort, les crachats furent plus ou moins visqueux, verdâtres, demi-transparens, excepté dans les six derniers jours, qu'ils devinrent louches, puis semblables à une purée verdâtre et grisâtre.

Le pouls fut très-accéléré au début de la péripneumonie, et la chaleur, qui était un peu élevée le soir depuis l'admission de la malade à l'hôpital, devint aussi plus forte et continue à la même époque; puis

ces symptômes perdirent de leur intensité ; en sorte que le 23 le pouls était à soixante-quatorze, et qu'il ne devint plus accéléré qu'après le 1er. juin.

L'appétit se releva un peu après l'amélioration des symptômes péripneumoniques, et pendant près de vingt jours la malade mangea le demi-quart de portion, n'éprouvant ni malaises, ni douleurs, ni nausées, après les repas ou dans leur intervalle. Il y eut des alternatives de constipation et de diarrhée jusqu'au 31 mai, après quoi le dévoiement fut continu et abondant. Le météorisme, que nous avions observé à l'époque de l'entrée de la malade à l'hôpital, disparut promptement, et fut assez considérable dans les dix derniers jours, sans produire d'autre effet qu'un peu de gêne.

Ouverture du cadavre vingt-deux heures après la mort.

État extérieur. Escarre superficielle au sacrum; œdème assez considérable de tout le membre abdominal du côté gauche; épaississement, obstruction des veines correspondantes par des caillots fibrineux, noirâtres et rougeâtres. Rien de semblable à droite.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne plus prononcée à gauche qu'à droite; arachnoïde et pie-mère réunies extrêmement fragiles, sans autre lésion appréciable. Cerveau un peu moins ferme que dans l'état sain; une demi-cuillerée de sérosité dans chacun de ses ventricules latéraux. Le cervelet, la protubérance annulaire et la moelle allongée dans l'état naturel.

Rachis. Il était inégal, avait une largeur presque

double de celle qui lui est ordinaire, entre les huitième et onzième vertèbres dorsales inclusivement. Cet excès d'épaisseur provenait du tissu cellulaire placé au-dessous des plèvres, lequel était grisâtre, homogène, lardacé dans quelques points, et épais de quatre à cinq lignes. Ainsi altéré, ce tissu faisait partie d'une poche, dont les parois antérieures et postérieures étaient formées par les ligamens vertébraux qui avaient subi la même transformation que dans les cas précédens, la paroi supérieure, par le corps de la huitième vertèbre, l'inférieure, par le fibro-cartilage qui unissait les deuxième et onzième, et qui était en partie détruit et en partie recouvert par une lame osseuse. Le corps de la neuvième vertèbre avait entièrement disparu, et il ne restait de la dixième que la lame indiquée, plus une espèce de demi-anneau placé de champ, d'ailleurs sain et continu aux masses latérales de la vertèbre. La poche dont il s'agit était à *moitié vide* et à moitié remplie par un fluide grisâtre, puriforme, au milieu duquel se trouvaient quatre fragmens osseux allongés ou arrondis. A l'intérieur, la partie membraneuse des parois était inégale, jaunâtre, tapissée par une matière assez semblable à la matière tuberculeuse ramollie, d'une à trois lignes d'épaisseur. La dure-mère adhérait au ligament vertébral, était d'ailleurs saine, et la moelle épinière avait *conservé dans cette partie la forme*, la couleur et la *consistance* qui lui sont naturelles.

Cou. Le lobe droit de la thyroïde n'offrait rien de remarquable; le gauche était très-volumineux, s'étendait du larynx à la crosse de l'aorte, avait une largeur proportionnée à sa hauteur, était converti en

une matière jaunâtre, brillante, médiocrement ferme, disposée par grains ou espèces de lobules, ayant jusqu'à un certain point l'aspect d'un miel très-grenu. On trouvait, à la partie supérieure de cette masse, un kyste du volume d'une petite noix, contenant un liquide rougeâtre, et à sa partie moyenne une espèce de cloison verticale, qui occupait presque toute sa hauteur, était large d'un pouce à son centre, plus étroite à ses extrémités, très-ferme, homogène, d'un blanc jaunâtre, opaque, et offrait de distance en distance des espèces de vacuoles qui contenaient un fluide jaunâtre. Le larynx, l'épiglotte et la trachée-artère sains.

Poitrine. Le poumon droit tenait par des brides celluleuses allongées à la poche vertébrale; le gauche adhérait d'une manière intime à la même partie, dans une surface de deux pouces au moins. Vis-à-vis cette adhérence, la paroi de la poche était perforée dans la largeur de deux lignes, et dans le point correspondant le poumon offrait une excavation peu profonde, d'un pouce de diamètre, terminée en arrière et en haut par une espèce de fistule large de trois lignes, longue d'un pouce et demi, finissant près de la division principale des bronches, sans y pénétrer. L'excavation et la fistule étaient tapissées par une fausse membrane, mince, contenant une petite quantité de matière semblable à celle qui tenait la place des vertèbres détruites; et à la partie supérieure de la fistule se trouvaient deux petites esquilles d'os. Les deux poumons offraient dans toute leur étendue un grand nombre de granulations demi-transparentes, blanches dans leur lobe supérieur, grisâtres et miliaires dans l'inférieur, plus rapprochées autour de

l'excavation du poumon droit que partout ailleurs : ils n'étaient engoués que dans quelques points. Les bronches contenaient une médiocre quantité de matière opaque, non aérée, ou infiniment peu, et assez coulante : leurs principales divisions étaient rouges ; elles paraissaient parfaitement saines dans le reste de leur étendue. Cœur un peu mou; aorte large et jaunâtre, comme chez les sujets âgés.

Abdomen. A peine un verre de sérosité citrine dans la cavité péritonéale. Œsophage sain. Estomac très-volumineux; sa grande courbure presque au niveau de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles. Il ne contenait pas de liquide, et offrait à sa face antérieure et près du pylore, dans tout son pourtour, une assez grande quantité de mucus grisâtre, médiocrement visqueux. La muqueuse correspondante était cendrée, un peu plus épaisse que dans l'état ordinaire, d'une consistance moyenne et très-légèrement mamelonnée ; ailleurs, cette membrane était rougeâtre, demi-transparente, dépourvue de mucus et beaucoup moins épaisse : elle offrait un ramollissement et une ténuité extrêmes dans quelques points. La largeur des cryptes de la portion pylori-valvulaire du duodénum était augmentée. L'intestin grêle avait un petit volume, et contenait une médiocre quantité de mucus ; sa membrane muqueuse avait une couleur violacée dans son premier quart, et partout une épaisseur convenable et une consistance quatre ou cinq fois moindre que dans l'état ordinaire. Le gros intestin était très-volumineux, contenait une assez grande quantité de matières fécales pultacées : sa membrane muqueuse était pâle, doublée d'épaisseur, molle comme du

mucus dans le cœcum et dans le colon droit, puis elle prenait une certaine consistance. Il y avait à la partie inférieure du rectum une ulcération triangulaire, dont la base, parallèle au pourtour de l'anus, en était distante de trois à quatre lignes, avait un pouce et demi de large, les deux autres côtés ayant un peu moins d'étendue : le fond de cette ulcération était d'un rouge un peu livide, formé par le tissu cellulaire sous-muqueux, inégal et épaissi ; les glandes mésentériques parfaitement saines. — Le foie était un peu pâle et mou, d'ailleurs dans l'état naturel. La vésicule contenait une bile abondante, un peu épaisse, d'une couleur foncée, au milieu de laquelle se trouvaient dix calculs arrondis, noirâtres, de la grosseur d'un pois ordinaire : ses parois n'offraient rien de remarquable. La rate était un peu augmentée de volume et légèrement ramollie, adhérait au diaphragme par du tissu cellulaire peu serré. La matrice était déviée à droite, et offrait du côté gauche une tumeur fibreuse, très-dure, inégale, de près de deux pouces de diamètre, qui n'était recouverte que par une lame très-mince de son tissu. Les autres viscères dans l'état normal.

Cette observation vient, comme nous l'avions annoncé, à l'appui des conséquences qui nous semblaient découler naturellement des premières. Bien que les apophyses épineuses des neuvième et dixième vertèbres dorsales fissent saillie, que leur corps fût presque entièrement détruit, la moelle épinière n'avait souffert aucune altération dans le point correspondant ; et d'un autre côté, la poche qui avait

remplacé les vertèbres détruites n'étant qu'à moitié remplie de pus, la moelle n'avait pu en être comprimée; en sorte que ces deux circonstances confirment ce qui a été dit antérieurement, que le ramollissement de la moelle dans la carie vertébrale est la suite de la pression exercée sur elle, par le sac rempli de pus qui lui correspond.

Les membres inférieurs étaient faibles, mais dans aucun temps ils ne furent paralysés, douloureux, ou dans un état de contraction permanente; d'où il suit que toutes les fois que dans la carie vertébrale il n'y a ni paralysie complète, ni douleurs, ni contraction permanente des membres inférieurs, on ne doit pas présumer le ramollissement de la moelle; et que s'il existait en pareil cas, ce serait comme exception, ainsi que nous l'avons vu pour le sujet de la quatrième observation.

Les craquemens entendus par la malade, puis par nous, au niveau de la saillie vertébrale, forment un symptôme précieux, et pourraient, comme nous l'avons dit, éclairer le diagnostic de la carie dans les cas où il offrirait quelques difficultés.

La perforation de la poche qui renfermait le pus et remplaçait les vertèbres détruites, l'excavation superficielle du poumon gauche dans le point correspondant, et la terminaison de cette excavation par une espèce de fistule, à la partie supérieure de laquelle se trouvaient des esquilles d'os, sont des circonstances dignes d'attention, et sans doute très-rares. Il est d'ailleurs bien remarquable que du pus et des esquilles d'os en contact avec le tissu pulmonaire y aient déterminé la formation d'une cavité superficielle, et

d'une sorte de fistule, sans amener l'endurcissement péripneumonique des parties voisines.

Une dernière remarque à faire, c'est que les quatre observations de carie vertébrale que nous venons d'exposer, sont les seules que nous ayons recueillies depuis quatre ans et demi dans le service de M. Chomel, et que toutes sont relatives à des femmes, bien que le service dont il s'agit ait, depuis plus d'un an, deux lits de moins pour les hommes que pour les femmes.

DES

MORTS SUBITES,

OU SURVENUES TRÈS-PROMPTEMENT,

ET TOUT-A-FAIT IMPRÉVUES.

Les morts subites, comme tout ce qui étonne et semble sortir des règles générales, ont fixé l'attention des observateurs de tous les temps; on a même cru remarquer qu'elles n'étaient pas également fréquentes à des époques plus ou moins éloignées, et qu'il était possible de trouver la cause de ces variations dans certaines circonstances atmosphériques. Mais ces assertions nous semblent, comme tant d'autres, dénuées de preuves positives, car le seul moyen de les obtenir serait de calculer pendant un espace de temps considérable le nombre des morts subites qui ont lieu tous les ans, sur une masse déterminée d'individus; et ce moyen, que nous sachions du moins, n'a pas encore été employé. Ce calcul, que les mesures administratives les plus simples rendraient facile, serait d'une assez haute importance, et montrerait, si nous ne nous abusons, que les morts subites sont beaucoup

plus fréquentes qu'on ne le croit ordinairement, qu'elles surviennent dans les circonstances les plus inattendues et à tous les âges de la vie ; et il inspirerait des mesures de prudence à ceux qui, trop confians dans leur jeunesse et dans leur bonne santé habituelle, négligent ou remettent sans cesse au lendemain des dispositions qui assureraient le bonheur ou l'existence des personnes qui leur sont chères.

Les morts subites ne peuvent être prévues, il nous semble, que dans deux cas ; chez les sujets qui ont un anévrysme de l'aorte déjà susceptible d'être reconnu, et chez ceux qui ont échappé à une première attaque d'apoplexie, puisqu'une première attaque de cette maladie en annonce pour ainsi dire une seconde ou une troisième, à laquelle on finit par succomber. Mais bien plus ordinairement on ne saurait les prévoir, et alors il peut arriver de deux choses l'une : ou que la cause de la mort soit évidente, ou qu'elle demeure cachée, après l'examen le plus attentif des organes. Dans la première supposition, l'encéphale, les poumons, le cœur et les gros vaisseaux sont le siége de la lésion qui a déterminé la mort ; et l'on trouve, ou un épanchement de sang dans le cerveau, ou une congestion plus ou moins considérable du même liquide pur ou mêlé de sérosité dans les poumons et dans les plèvres, ou bien enfin une rupture du cœur et des gros vaisseaux. Les auteurs rapportent un assez grand nombre d'exemples de cette espèce de mort subite. Ceux de la seconde nous paraissent beaucoup moins communs, bien qu'on en trouve dans plusieurs ouvrages, et en particulier dans ceux de Dyonys et de Lancisi, de Morgagni et de quelques autres. Santo-

rini semble avoir observé les cas de cette espèce; mais comme il lui fallait expliquer la mort subite, il l'attribue à des ossifications plus ou moins considérables de l'aorte. On sent trop le vide d'une pareille explication pour qu'il soit nécessaire de la combattre; mais ce qu'il convient de remarquer, c'est qu'à l'époque à laquelle les observations de Santorini et de Dyonys furent publiées, l'anatomie pathologique était bien peu avancée, pour ainsi dire dans l'enfance; que dans aucun des cas rapportés par ces auteurs, les viscères n'ont été convenablement décrits; que dès-lors ces faits ne sauraient entraîner la conviction, et que de nouvelles observations sur le même sujet sont nécessaires.

Les nôtres, en les supposant aussi exactes que nous le désirerions, offrent encore un intérêt différent de celui qui s'attache aux morts subites, et qui, dans notre manière de voir, n'est pas le moins considérable; c'est qu'étant relatives à des sujets qui, au moment où la mort est venue les surprendre, étaient atteints d'une affection très-bénigne de sa nature, ou dans la convalescence d'une maladie non moins légère, elles nous permettront d'étudier l'état des organes dans ces cas, ce qui ne peut avoir lieu que bien rarement, et seulement dans des circonstances analogues à celles dont il s'agit. Elles montreront aussi à ceux qui, comme nous, s'appliqueraient à l'observation dans les hôpitaux, que les faits les plus intéressans ne sont pas ceux qui semblent tels au premier coup-d'œil; qu'il importe de tout examiner, de noter avec soin les symptômes des maladies les moins considérables, puisque tel accident imprévu peut donner

à ces observations, en apparence peu intéressantes, une grande valeur, et conduire par degrés à la solution des problèmes les plus importans. Plusieurs des observations rapportées dans notre mémoire sur la perforation de l'intestin grêle avaient déjà pu provoquer les mêmes réflexions, puisqu'il en est parmi elles qui ont pour objet des individus atteints de maladies extrêmement légères.

Ire Observation.

Un savetier, âgé de vingt-deux ans, d'une taille moyenne, d'un embonpoint modéré, d'une constitution assez forte, ne faisant d'excès en aucun genre, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 27 juin 1822. Onze jours avant il avait fait au moins dix lieues, sans trouver pour ainsi dire d'ouvrage, et était rentré le soir chez lui, très-fatigué, ayant des douleurs dans les membres. Il se lève le lendemain à son heure ordinaire, marche un peu moins que la veille, mais ses douleurs augmentent, et il éprouve dans la soirée un frisson qui dure une demi-heure et est suivi de chaleur et de sueur, avec céphalalgie, soif, anorexie, et un léger mal de gorge. Le frisson ne se renouvelle pas, la chaleur est toujours assez forte pendant la nuit, et rarement accompagnée ou suivie de quelque moiteur. Les autres symptômes persistent, le sommeil est troublé par des rêves, il y a de l'agitation pendant la nuit, du malaise et des inquiétudes pendant le jour. Bien que le malade n'ait pas éprouvé de nausées,

un médecin est appelé au huitième jour de l'affection, et lui ordonne un éméto-cathartique qui détermine des évacuations alvines abondantes.

Le 28 juin, douzième jour de la maladie, figure chaude et animée, céphalalgie gravative, mémoire exacte, facultés intellectuelles dans un état d'intégrité parfait, attitude convenable, variée comme dans l'état naturel; affaiblissement modéré, douleurs contusives dans les jambes et dans les reins; bouche pâteuse, langue rouge, avec quelques villosités, blanchâtre au centre, bouche pâteuse et un peu amère, anorexie sans dégoût, soif peu considérable, déglutition facile, épigastre souple et indolent, douleur à la région ombilicale déjà existante depuis cinq jours; constipation : un peu de toux, quelques crachats muqueux; pouls légèrement accéléré (quatre-vingts pulsations par minute), médiocrement large et plein; chaleur générale, sèche, un peu élevée. Le malade avait mieux dormi la nuit dernière que les précédentes, et se trouvait assez bien. (Tisane d'orge édulcorée avec le sirop tartareux, lavement émollient *bis*, fomentations émollientes sur l'abdomen.)

Il y eut dans la journée, à la suite des deux lavemens, deux selles composées de matières molles. Le lendemain 29, la céphalalgie avait augmenté, le pharynx et l'isthme du gosier étaient un peu rouges et tendus, la déglutition gênée, l'épigastre et l'hypogastre un peu douloureux, le pouls large, grand, souple, calme. (Soixante-cinq pulsations.)

Le même jour, à cinq heures du soir, le malade, étant à son séant. prit avec plaisir un bouillon qui lui avait été prescrit, et rien autre chose. A huit heures,

il perdit tout-à-coup le sentiment, et bientôt après le mouvement, puis sa respiration devint embarrassée. A huit heures, on lui fit une saignée assez copieuse, on lui appliqua des sinapismes aux membres inférieurs, sans effet appréciable, et il mourut à cinq heures du matin, sans avoir recouvré, momentanément, le sentiment et le mouvement.

Cinq heures après la mort, le cadavre n'était pas encore sensiblement refroidi, la roideur était considérable et difficile à vaincre. les saillies des muscles aussi prononcées que dans leur contraction la plus forte : il y avait des vergetures à la partie postérieure du corps.

Ouverture du cadavre vingt-sept heures après la mort.

État extérieur. Embonpoint convenable; vergetures, saillies musculaires et roideur cadavérique au même degré que cinq heures après la mort.

Tête. Veines cérébrales aplaties ; nulle infiltration au-dessous de l'arachnoïde ; pie-mère saine ; cerveau un peu injecté dans sa partie supérieure, à cela près parfaitement sain ; une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. Le cervelet, la protubérance annulaire et la moelle de l'épine dans l'état naturel. Point de sérosité à la base du crâne.

Cou. Le larynx et l'épiglotte n'offraient rien de remarquable; la trachée-artère était d'un rouge livide très-intense. Les bronches contenaient une petite quantité de fluide écumeux.

Poitrine. Point d'épanchement de sérosité dans le péricarde. Cœur un peu augmenté de volume par

l'ampliation de ses ventricules, dont le gauche avait des parois un peu plus épaisses que dans l'état naturel : ses orifices sains. Un peu plus d'une demi-pinte de sérosité très-rouge dans chacune des deux plèvres; poumons parfaitement libres, sains à leur partie antérieure, pesans, d'un rouge foncé en arrière, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, donnant par la pression un fluide rouge noirâtre, épais, légèrement spumeux.

Abdomen. Point de sérosité dans le péritoine; légère teinte livide de toute la masse intestinale; œsophage sain. L'estomac contenait une petite quantité de liquide roussâtre et trouble; sa membrane muqueuse était un peu jaunâtre, sans la moindre injection ou lividité, un peu moins consistante que dans l'état normal. Celles de l'intestin grêle et du gros intestin étaient blanches, offraient de loin en loin quelques ramifications vasculaires, avaient une épaisseur et une consistance convenables. Les matières fécales étaient moulées et d'une couleur jaune. — Le foie était sain, et contenait fort peu de sang. La rate était doublée de volume, très-ramollie, couleur lie de vin; la vessie parfaitement saine; les reins un peu gorgés de sang, plus rouges que dans l'état ordinaire.

En supposant que l'affection qui nous occupe eût pour cause occasionelle la fatigue, elle n'avait donné lieu qu'à des symptômes peu inquiétans, et déjà mitigés le lendemain de l'admission du malade à l'hôpital, puisque dès-lors le pouls était tombé de quatre-vingts à soixante pulsations par minute, que l'appétit se faisait sentir. Quel médecin, après cela,

n'aurait pas considéré ce malade comme atteint d'une affection très-légère et sur le point de recouvrer la santé? Et cependant le jour même où nous observons cette apparente amélioration, peu après avoir pris un bouillon qu'il avait demandé avec instances, le sujet perd tout-à-coup le sentiment, et bientôt après le mouvement. Neuf heures après le début de cet état, qui ne reçoit aucune amélioration des sinapismes et de la saignée, il meurt; et à l'ouverture de son corps, on trouve une injection partielle du cerveau, qu'on rencontre aussi bien après les maladies de langueur qu'à la suite de celles qui causent une mort prompte; un double épanchement de sérosité sanguinolente dans les plèvres, un engorgement sanguin de la partie postérieure des deux poumons, un ramollissement très-marqué de la rate et une très-légère diminution de consistance de la membrane muqueuse de l'estomac.

Évidemment, si l'on pouvait se rendre compte de la mort subite du sujet qui nous occupe par l'état des organes, ce ne pourrait être que par la considération de celui des poumons et des plèvres. On conçoit, en effet, jusqu'à un certain point, que la suffocation puisse résulter d'un double épanchement de liquide arrivé presque subitement, bien que peu considérable, dans la cavité des plèvres, et d'un engorgement des poumons tout aussi modéré et non moins rapide; et on ne saurait douter que cette double lésion n'ait eu lieu très-promptement chez le sujet de cette observation, puisque deux heures avant de perdre le sentiment et le mouvement il avait la respiration libre. Mais comme la perte du sentiment et du mouvement n'est pas la suite ordinaire de l'oppression,

si grande qu'elle soit, il faut croire que la lésion qui nous occupe n'a pas été la seule cause de la mort, et l'inutilité de la saignée vient encore à l'appui de cette manière de voir. On peut d'ailleurs présumer qu'une congestion pulmonaire assez forte pour causer subitement ou presque subitement la mort, serait accompagnée de désordres plus considérables que ceux qui ont été observés, de déchiremens du tissu pulmonaire ou des plèvres, comme cela est arrivé chez le docteur Fortassin, dont Corvisart nous a laissé l'histoire dans son ouvrage sur la percussion (pag. 217).

Le ramollissement de la rate, bien que très-considérable, ne doit pas être compté parmi les causes auxquelles on pourrait attribuer la mort subite du sujet, vu qu'on l'observe fréquemment à la suite des maladies aiguës ou chroniques, sans que la mort soit arrivée d'une manière inattendue ; mais on peut croire qu'il a eu quelque part aux symptômes antérieurs à la congestion pulmonaire, et avec d'autant plus de raison que, si l'on excepte la membrane muqueuse de l'estomac, qui offrait une diminution légère, et peut-être douteuse, de consistance, cette lésion, extrêmement grave, fut la seule pendant un certain temps, et qu'on n'admettrait pas, si ce n'est dans des cas très-rares, qu'une masse équivalente au volume de la rate d'un tissu qui ne remplirait pas d'usages spéciaux dans l'économie, le cellulaire, par exemple, fût le siége d'un semblable désordre, sans exciter des symptômes plus ou moins graves.

L'observation suivante viendra à l'appui de ces réflexions.

IIe Observation.

Un bottier, âgé de vingt ans, d'une constitution médiocrement forte, d'une grande taille et ordinairement bien portant, était malade depuis cinq jours quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 25 juin 1822. Au début, l'appétit étant presque nul depuis deux jours, frissons irréguliers, sentiment d'une profonde débilité, obligation de se mettre au lit : la chaleur succéda aux frissons, et fut accompagnée de céphalalgie, de douleurs dans les membres et dans les reins ; l'anorexie devint complète, les selles se supprimèrent. Les mêmes symptômes persistèrent les jours suivans, et la constipation ne céda que la veille de l'admission du malade à l'hôpital, à la suite de deux lavemens émolliens. D'ailleurs, point de douleurs de ventre, de nausées ou de vomissemens ; le sujet n'avait pris pour tout aliment, depuis le début, que deux petites soupes, et pour boisson qu'une infusion de fleurs de tilleul.

Le 26, commencement du sixième jour de l'affection : il n'y avait pas de céphalalgie, ce que le malade attribuait à des épistaxis assez copieuses qu'il avait eues la veille et l'avant-veille ; les yeux, et surtout le gauche, étaient un peu rouges et larmoyans, l'attitude variée, les membres inférieurs très-douloureux : ces douleurs, qui augmentaient un peu par la pression, étaient contusives et si fortes qu'elles attiraient toute l'attention du malade, qui ne savait quelle

position tenir et poussait des gémissemens continuels: le sommeil était presque nul, l'intelligence developpée, la langue couverte d'un enduit blanchâtre peu épais, la bouche pâteuse et amère, l'anorexie complète, la soif vive, l'épigastre douloureux dans une très-petite étendue. La chaleur était fort médiocrement élevée, la peau sèche, le pouls peu accéléré, la respiration calme. (Tisane d'orge avec le sirop tartareux, *bis*; eau rougie, lavemens émolliens.)

Il y eut dans la journée une légère épistaxis et six selles liquides.

Le lendemain 27, céphalalgie légère, douleurs des membres inférieurs stationnaires, soif assez vive, langue nette et rose à son pourtour, blanchâtre au centre; ventre douloureux et aplati à gauche, indolent et météorisé à droite; les autres symptômes comme il a été dit la veille. (Même prescription.)

Épistaxis assez abondante dans la journée, sans diminution du mal de tête.

Le 28, à l'heure de la visite, l'état du malade n'avait pas changé d'une manière sensible; mais peu après il y eut une amélioration évidente.

Le 29, cette amélioration persistait; la soif avait beaucoup diminué, l'appétit se prononçait, la langue était presque parfaitement nette, le pouls lent (soixante pulsations par minute), la respiration facile, la physionomie excellente; le sommeil avait été calme, la toux était extrêmement rare; le malade ne se plaignait plus de douleurs dans les membres.

Dans la journée il alla au jardin, s'y promena avec un de ses camarades, et y parut fort gai; mais l'air étant un peu frais, il éprouva un léger refroidisse-

ment et revint à cinq heures se remettre au lit, où il s'endormit bientôt. A sept heures, sa respiration devint râlante, et attira l'attention de ses camarades; bientôt sa figure parut livide, et ses bras furent agités de mouvemens convulsifs. Le chirurgien de garde, appelé, le trouva privé de sentiment et de mouvement, ayant le pouls peu accéléré, la respiration assez calme; et son oreille appliquée sur la partie antérieure du thorax, n'entendit aucune espèce de râle. Il pratiqua une saignée assez copieuse, fit mettre des sinapismes aux jambes, mais sans succès; le malade ne recouvra ni le sentiment ni le mouvement, et mourut dans la nuit, à deux heures.

Quatre heures après la mort, le cadavre n'était pas refroidi, et la roideur des membres était extrême.

Ouverture du cadavre trente heures après la mort.

Etat extérieur. Vergetures nombreuses le long du dos, saillies musculaires très-prononcées, roideur des membres considérable.

Tête. Veines cérébrales distendues, gorgées de sang, surtout du côté gauche; infiltration sous-arachnoïdienne médiocre; substance médullaire du cerveau légèrement injectée, d'ailleurs saine; une très-petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. Le cervelet, la protubérance cérébrale, la moelle allongée et la moelle épinière n'offraient rien de remarquable.

Cou. L'épiglotte et le larynx étaient dans l'état naturel, la trachée-artère d'un rouge très-foncé que la pression faisait momentanément disparaître.

Poitrine. Le péricarde était sain; le cœur dans l'état normal, à part un léger épaississement du ventricule droit; l'aorte rouge dans toute son étendue et dans tout son pourtour. Les veines caves contenaient une médiocre quantité de sang, étaient d'un rouge violacé. Il y avait dans chacune des plèvres environ une chopine de sérosité très-rouge, sans le moindre caillot de sang. Les poumons avaient un médiocre volume, une couleur brune et noirâtre dans toute leur étendue, tant au-dehors qu'au-dedans, étaient élastiques, plus fermes que dans l'état ordinaire, et fournissaient par expression une petite quantité de sang rouge, noir et spumeux.

Abdomen. Un peu moins d'une demi-pinte de sérosité roussâtre dans l'abdomen. Œsophage sain. Quelques cuillerées de liquide brunâtre dans le grand cul-de-sac de l'estomac, dont la membrane muqueuse avait à-peu-près la même coloration dans cette partie, où elle n'offrait d'ailleurs aucune altération d'épaisseur ou de consistance. Dans le reste de son étendue, elle était parfaitement saine, sauf une légère teinte jaunâtre et grisâtre. Il y avait cinq vers pelotonnés dans l'intestin grêle, dont la muqueuse était enduite d'une petite quantité de mucus, avait la blancheur, la consistance et l'épaisseur qui lui sont naturelles. Le gros intestin n'offrait rien de remarquable et contenait quelques parcelles de matière fécale d'une couleur grisâtre. — Le foie était d'un rouge brun foncé, à son bord obtus principalement; sa vésicule saine, et la bile qu'elle contenait médiocrement abondante et brune. La rate était doublée de volume, extrêmement ramollie et d'une couleur violette très-

foncée. Les reins étaient mous et plus pâles que dans l'état naturel. Les autres viscères de l'abdomen sains.

Les symptômes éprouvés par le malade qui fait l'objet de cette observation, ont, comme on voit, une ressemblance presque parfaite avec ceux que nous avons exposés dans la précédente; comme dans ce cas, ils ont offert peu de gravité avant l'admission du malade à l'hôpital, et se sont promptement améliorés : le sujet semblait même plus voisin de son rétablissement complet que le premier, puisque déjà il pouvait se promener au jardin, quand il fut pris tout-à-coup d'une dyspnée extrême avec perte du sentiment et bientôt du mouvement, symptômes sur lesquels la saignée n'eut aucune influence, et qui furent promptement suivis de la mort; et lors de l'autopsie cadavérique, on trouva, comme dans le premier cas, la substance médullaire du cerveau un peu injectée, un double épanchement de sérosité très-sanguinolente dans les plèvres, les poumons gorgés de sang, la rate volumineuse et ramollie.

La plupart des réflexions faites à la suite de l'observation précédente, s'appliquent donc comme d'elles-mêmes à celle-ci, et nous ne les répéterons pas; mais nous remarquerons que la membrane muqueuse de l'estomac était ici dans l'état naturel, à part la teinte brunâtre qu'elle offrait dans le grand cul-de-sac; que ce changement de couleur ne coïncidant avec aucune autre altération d'épaisseur et de consistance, doit être regardée comme une simple congestion finale, ou même comme un phénomène

purement cadavérique, cette teinte brune étant celle du liquide contenu dans l'estomac. D'où il résulte que jusque dans les dernières heures de la vie, la rate, dont le ramollissement ne saurait être considéré comme le produit d'une congestion finale, était le seul organe qui fût manifestement altéré; en sorte qu'ici comme dans le cas précédent, et mieux encore, on est conduit à rapporter tous les symptômes antérieurs aux derniers, à l'état de la rate. Et ce qui semble encore fortifier cette induction, c'est que le surlendemain du jour où le malade fut admis à l'hôpital, son ventre était très-sensible à la pression du côté gauche, c'est-à-dire dans la région de la rate très-probablement, et que dès-lors ce viscère était déjà plus ou moins profondément altéré. Mais n'insistons pas davantage sur ce fait, et laissons à l'expérience le soin de décider si les conséquences que nous venons d'exposer et qui nous semblent découler naturellement des faits, sont réellement l'expression de la vérité.

Une autre circonstance, bien qu'impossible à expliquer, donne encore à cette observation et à la précédente un nouveau degré d'intérêt. Les malades qui en sont l'objet étaient dans les mêmes circonstances d'âge, de condition, de tempérament et de force : les symptômes qui les conduisirent à l'hôpital étaient, à bien peu de chose près, les mêmes, et ils sont morts l'un et l'autre d'une manière également inattendue, avec les mêmes symptômes, le même jour et à la même heure. Certes, si ces malades eussent éprouvé des accidens qu'on dût rapporter à quelque irritation des voies digestives, et qu'à l'ouverture de leur corps on eût trouvé des traces non équivoques d'inflammation

de la membrane muqueuse de l'estomac, on aurait pu croire qu'ils avaient été empoisonnés; mais ni les symptômes ni les lésions dont il s'agit n'ont eu lieu, de manière qu'on ne saurait avoir le moindre soupçon à cet égard. Ajoutons que les sujets étaient jeunes, forts, habituellement bien portans, avaient un état qui suffisait à leurs besoins, qu'ils paraissaient l'un et l'autre convalescens d'une maladie légère et de peu de durée, et nous aurons de nouveaux motifs de croire qu'ils n'ont eu recours à aucun moyen capable d'abréger leur existence.

IIe Observation.

Un menuisier, âgé de vingt-quatre ans, à Paris depuis dix mois, d'une taille élevée, n'ayant jamais eu d'affection grave, d'une constitution assez forte, offrant tous les attributs de la santé la plus parfaite, éprouva à son réveil, quatre jours avant d'être admis à l'hôpital de la Charité, une céphalalgie assez intense, accompagnée de douleurs dans les membres; puis, et bientôt après, des frissons et des tremblemens qui durèrent une partie de la journée. La céphalalgie persista, le sommeil fut interrompu par des rêves, les frissons se renouvelèrent à des heures variées les jours suivans; il y eut des sueurs chaque nuit, quelques douleurs de ventre et une selle d'une bonne consistance le troisième jour. L'anorexie fut complète dès le début.

Le jour de l'admission du malade à l'hôpital (17

mai 1824), il était dans l'état suivant : figure un peu animée, sans augmentation bien sensible de chaleur, céphalalgie sus-orbitaire, paupières douloureuses au toucher, mais libres dans leurs mouvemens; douleurs contusives dans les membres, facultés intellectuelles développées, mémoire sûre; faiblesse modérée, de manière que le malade avait pu venir à pied à l'hôpital : langue humide, villeuse au centre, naturelle au pourtour; anorexie sans dégoût, soif vive, épigastre sensible à la pression, selles nulles depuis trente-six heures; pouls régulier, sans étroitesse ni largeur, battant quatre-vingt-douze fois par minute; toux rare, respiration calme, facile, sans aucune espèce de râle, quelques crachats muqueux.

Le lendemain 18, le pouls était un peu moins accéléré (quatre-vingt-huit pulsations), la chaleur douce, les autres symptômes stationnaires. Il y avait eu trois selles liquides, et un peu d'agitation pendant la nuit. (Riz édulc., *bis*; tis. d'orge édulc. avec le sir. tartar., *bis*; lav. de lin.)

Les 19 et 20, ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres, sommeil plus calme, soif toujours très-vive, anorexie complète, langue villeuse et grisâtre, six selles liquides en vingt-quatre heures; le pouls et la chaleur comme le 18. On ajouta aux boissons prescrites ce dernier jour, une potion gommeuse avec un grain d'opium.

Le 21, la physionomie continuait à être naturelle, la soif était un peu diminuée, il n'y avait pas eu de selles depuis douze heures, le sommeil avait été calme et accompagné de sueur, la toux était un peu moins fréquente, les crachats plus rares que de cou-

tume, la repiration peu accélérée, sans râle; le pouls large et plein, pulsations à cent quatre fois par minute. (Riz édulc., *ter*; pot. gom., saignée de dix onces. cataplasme sur l'abdomen, lav. de lin et de têtes de pavot.)

Le sang ne prit pas de retrait et ne se couvrit pas de couenne, bien qu'il eût coulé avec rapidité par une large ouverture.

Dans la journée du 22, l'état du malade ne changea pas d'une manière sensible, et il n'y eut qu'une selle à la suite d'un lavement.

Le 23, les mouvemens étaient libres, le pouls battait soixante-quatorze fois seulement (il y avait eu pendant la nuit une sueur copieuse); la chaleur était modérée, la soif moindre que de coutume, le ventre parfaitement souple et indolent, la respiration claire et sans râle, les crachats muqueux.

Les 24 et 26, point d'évacuations alvines.

Le 28, quatre selles, pouls un peu accéléré, roideur dans les doigts. (Bain.)

Le 19, même état du pouls, chaleur douce sans sueur, soif assez vive, trois selles peu considérables.

Le 1er août, l'appétit commençait à se faire sentir, la langue était presque parfaitement nettoyée, il y avait eu trois selles sans coliques dans les dernières vingt-quatre heures; le pouls battait soixante-douze fois par minute, la chaleur était naturelle.

L'amélioration fit des progrès les jours suivans, le malade se leva, fut au jardin plusieurs fois, et on lui accorda quelques crêmes de riz. La roideur des doigts persistait.

Le 7, le pouls était un peu accéléré, le malade

n'avait pas dormi, et attribuait son insomnie à la roideur des doigts, où il éprouvait aussi des picotemens.

Le 9, à l'heure de la visite, il se félicitait de son état, et pensait pouvoir quitter bientôt l'hôpital; mais peu après il se plaignit d'éprouver beaucoup de malaise dans les doigts, et à trois heures du soir ce malaise ayant encore beaucoup augmenté, il semblait au malade que ses doigts étaient morts. Bientôt il eut beaucoup de dyspnée, un frisson violent suivi de chaleur et de sueur, et dès-lors il prévit sa fin prochaine; d'ailleurs nulles douleurs de ventre ou de poitrine; il perdit complètement connaissance à cinq heures, et à six heures il expira.

Ouverture du cadavre trente-huit heures après la mort.

État extérieur. Beaucoup de vergetures sur les parties latérales du corps et des membres, et surtout au dos, où se trouvaient des taches arrondies, noirâtres, un peu saillantes, pénétrant toute l'épaisseur du derme; sudamina nombreux, roideur cadavérique encore assez considérable.

Tête. Les sinus de la dure-mère contenaient une assez grande quantité de sang, il n'y avait point d'infiltration au-dessous de l'arachnoïde; la pie-mère était rouge et injectée, la substance corticale du cerveau saine, sa substance médullaire ferme et sablée de sang; il y avait deux petites cuillerées de sérosité un peu louche dans chacun des ventricules latéraux. La protubérance annulaire et le cervelet n'offraient rien de remarquable.

Cou. Le pharynx était plus rouge que dans l'état

naturel ; l'épiglotte, le larynx et la partie supérieure de la trachée-artère, sains : la moitié inférieure de ce dernier organe d'un rouge foncé.

Poitrine. Le péricarde n'offrait rien de remarquable ; le cœur était mou, un peu pâle et d'ailleurs dans l'état normal ; l'aorte saine, à part un grand nombre de petites lignes jaunâtres, diversement disposées, qu'on observait dans toute son étendue. Il y avait environ huit onces de sérosité sanguinolente dans chacun des côtés de la poitrine, dont les vaisseaux étaient gorgés de sang. Les poumons étaient libres, légers, avaient antérieurement la couleur qui leur est propre, présentaient une foule de taches rouges, arrondies en arrière à leur surface, offraient le même aspect à l'intérieur, et la pression en faisait sortir un fluide rouge obscur, médiocrement spumeux.

Abdomen. L'œsophage était recouvert de son épiderme ; l'estomac doublé de volume, distendu par des gaz et une certaine quantité d'alimens altérés, parmi lesquels on reconnaissait des pelures de poires. Sa membrane muqueuse était enduite d'une couche épaisse de mucus, jaune dans une partie du grand cul-de-sac, nuancée de fauve ailleurs, d'une consistance et d'une épaisseur convenables, ulcérée dans la largeur d'une tête d'épingle à sa face postérieure. L'intestin grêle contenait une assez grande quantité de vermicel peu altéré, avait la blancheur qui lui est naturelle, à part quelques points fort espacés où il était coloré en rose tendre, et offrait dans les cinq sixièmes de la longueur un grand nombre de granulations miliaires un peu jaunâtres qui semblaient n'être qu'un développement morbide des cryptes sous-muqueuses.

On voyait aussi sur une des plaques ovalaires qui existent naturellement dans l'intestin à l'opposite du mésentère, une ulcération d'une ligne et demie de diamètre, reposant sur la membrane musculaire, non loin du cœcum : encore un peu plus près de ce dernier, s'en trouvait une autre de la même dimension, ayant des bords aplatis qui semblaient annoncer une cicatrisation commençante, et pour fond la tunique sous-muqueuse : à cela près la membrane muqueuse était parfaitement saine. On trouvait une médiocre quantité de matières fécales pultacées dans le gros intestin, dont la muqueuse n'offrait rien de remarquable dans sa première moitié, était ramollie à consistance de mucus dans la seconde, sans altération de couleur ni d'épaisseur. Les glandes mésentériques étaient plus ou moins rouges et ramollies, avaient un volume trois fois plus considérable que dans l'état normal. — Le foie était un peu pâle, mais d'ailleurs sain; sa vésicule remplie d'une grande quantité de bile peu épaisse, sans aucune sorte de lésion. La rate avait une couleur foncée, une médiocre consistance, un volume triple de celui qu'elle offre ordinairement. Les autres viscères dans l'état naturel.

Ici, comme dans les précédentes observations, c'est encore à la suite de symptômes peu inquiétans, quand déjà la convalescence paraissait assurée, qu'il survient tout-à-coup des accidens graves qui, après trois heures de durée seulement, emportent le sujet; et à l'ouverture de son corps on trouve les traces d'une médiocre congestion au cerveau, et dans le thorax une très-

petite ulcération de la membrane muqueuse de l'estomac, deux autres presque aussi étroites dans l'intestin grêle, les glandes mésentériques triplées de volume et ramollies, la seconde moitié de la membrane muqueuse du gros intestin sans consistance, et la rate beaucoup plus volumineuse que dans l'état ordinaire.

Il y a bien encore ici quelque relation entre les derniers symptômes éprouvés par le sujet et l'état des organes, nous voulons dire entre la dyspnée et la congestion thoracique; mais si une lésion analogue pouvait jusqu'à un certain point expliquer la mort subite dans les deux premiers cas, elle est beaucoup trop faible ici pour en rendre compte, et l'état des autres organes ne peut servir à la solution du problème, puisque le ramollissement d'une partie de la membrane muqueuse du gros intestin, qui était la lésion la plus grave, ne pouvait pas être considéré comme le résultat de quelques heures de maladie, s'était sans doute développé d'une manière graduelle, et comptait plusieurs jours d'existence à la mort du sujet. Cette lésion, celles de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle, des glandes du mésentère et de la rate, ne peuvent expliquer que les symptômes antérieurs aux derniers accidens, et sous ce rapport elles nous semblent offrir beaucoup d'intérêt. Parmi elles, en effet, les ulcérations de l'intestin grêle, et le ramollissement avec augmentation de volume des glandes du mésentère, sont précisément les lésions qui ont lieu dans le cours des fièvres graves; on ne les rencontre pas à la suite des autres maladies aiguës. Le sujet qui nous occupe avait

éprouvé les symptômes d'une fièvre continue légère ; en sorte que si l'on pouvait conclure quelque chose d'un fait isolé, on serait tenté de croire que les fièvres continues bénignes sont ordinairement accompagnées de quelque ulcération du genre de celle dont il s'agit, et de l'inflammation des glandes mésentériques. Toutefois nous ne voulons aucunement préjuger par cette remarque l'importante question de la nature des fièvres; notre dessein a été seulement de signaler la liaison du fait dont il s'agit avec ce genre d'affections.

Dans les deux observations suivantes, nous verrons la mort survenir d'une manière en quelque sorte plus imprévue encore, et surtout plus rapide, sans congestion pulmonaire, sans qu'aucune lésion puisse en rendre compte.

IVe Observation (1).

Une cuisinière, âgée de quarante-huit ans, d'une taille moyenne, d'un embonpoint modéré, d'une sensibilité très-vive, avait toujours été bien portante avant le début de la maladie que nous allons rappeler. Ses règles établies, à l'âge de dix-huit ans, ayant cessé à trente, n'avaient jamais paru que toutes les six semaines, et pour quelques heures seulement. Trois années avant son admission à l'hôpital, à la suite de chagrins profonds, causés par la perte de ses économies, elle perdit tout-à-coup le

(1) Voyez nos *Recherches sur la Phthisie*, pag. 516.

sentiment et le mouvement; mais ses facultés intellectuelles n'éprouvèrent aucune altération, et, résolue à mourir, elle abandonna la maladie à elle-même. Après avoir été dans la même situation pendant deux mois, elle eut des douleurs dans les membres, qui persistèrent beaucoup de temps, et bientôt les pieds et les mains commencèrent à opérer quelques mouvemens; mais les progrès en furent si lents, que la malade ne put reprendre ses occupations qu'au huitième mois de son affection. Elle était assez bien portante depuis six mois, quand elle fut prise, sans cause connue, d'un érysipèle à la jambe gauche : un charlatan lui donna des inquiétudes sur les suites de cette maladie, et aussitôt se supprimèrent les mucosités nasales, des fleurs blanches établies depuis l'enfance, et un crachement de sang qui existait depuis la même époque, revenait soir et matin, et était attribué par la malade au mauvais état de ses gencives. L'épistaxis à laquelle elle avait été fort sujette jusque-là, ne revint plus, elle éprouva de la pesanteur dans les sinus frontaux, perdit l'odorat et le goût, mais conserva l'appétit. Les évacuations supprimées ne se rétablirent pas, et la malade ne recouvra pas sa gaîté.

Trois semaines avant son admission à l'hôpital, elle avait été prise d'une céphalalgie assez intense pour garder le lit cinq jours de suite, de chaleur et de soif, sans autres symptômes.

Le 16 février 1822, lendemain du jour où elle vint à la Charité, l'intelligence était dans un état d'intégrité parfait, la céphalalgie peu considérable, le goût et l'odorat entièrement abolis, le nez élargi à sa base et sur ses parties latérales, élargissement attribué

par la malade à l'habitude qu'elle avait contractée, depuis qu'elle ne mouchait plus, d'extraire avec ses doigts le mucus desséché des fosses nasales. Ses forces avaient diminué, sa langue était dans l'état naturel, la soif assez vive, l'appétit faible, les selles quotidiennes et d'une bonne consistance; le pouls calme, la chaleur douce, la respiration libre; l'embonpoint modéré. (Douce-amère, bain sulfureux, vésic. au bras, demi-quart de portion.)

La céphalalgie se dissipa tout-à-fait, puis reparut, bien qu'à un faible degré, le vingt du même mois, à la suite de l'impression d'un air froid. Le 22, elle avait sensiblement diminué, l'appétit se prononçait et la soif était dans l'état naturel. Le 23, rien de remarquable. Le 24, à dix heures du soir, la malade se plaignit d'éprouver de la chaleur, du malaise et un sentiment de gonflement à la face, et à minuit elle était morte.

Ouverture du cadavre, trente-deux heures après la mort.

État extérieur. Quelques ecchymoses à la surface du corps; roideur cadavérique très-prononcée.

Tête. Cerveau pâle, sans la moindre injection, d'une mollesse extrême, pareille à celle du cerveau d'un enfant nouveau-né, dans toute sa masse. Les nerfs olfactifs et la membrane muqueuse des fosses nasales étaient dans l'état naturel; celle des sinus frontaux et maxillaires avait une ligne et demie d'épaisseur, était demi-transparente, comme infiltrée, très-ferme et d'une couleur de gelée de pommes. Point de mucus desséché dans ces parties.

Cou. La glotte, l'épiglotte et le larynx dans l'état naturel.

Poitrine. Le poumon gauche offrait, à son sommet, quelques adhérences celluleuses, et cinq tubercules ramollis de la grosseur d'une noisette, entourés d'un peu de matière grise demi-transparente, entre lesquels se trouvaient quatre noyaux d'une matière ostéo-terreuse. Il y avait un peu d'engorgement à la partie postérieure des deux poumons : leurs bronches étaient pâles et saines.

Abdomen. La face convexe du foie était inégale, sillonnée plus ou moins profondément en divers sens, de manière à rappeler la forme des circonvolutions cérébrales. Le tissu de ce viscère était sain et un peu gorgé de sang, vers sa grosse extrémité surtout. La membrane muqueuse de l'estomac était d'un gris ardoisé, légèrement nuancée de rose dans quelques points; celle de l'intestin grêle dans l'état naturel. — Les reins contenaient beaucoup de sang; la rate était ferme, volumineuse, un peu pâle : les autres viscères n'offraient rien de remarquable.

Sans revenir sur chacun des symptômes éprouvés par la malade dans les trois années qui précédèrent son admission à l'hôpital de la Charité, nous dirons que les plus graves d'entre eux indiquaient par leur nature autant, que par la cause qui y avait donné lieu, une affection cérébrale plus ou moins profonde; qu'un degré de mollesse du cerveau, tel que celui qui a été observé, doit être considéré comme une lésion, et qu'il est presque impossible de ne pas croire à une dépendance entre l'état pathologique

de cet organe et les symptômes dont il s'agit. D'ailleurs cet état n'explique pas la mort subite, car nous ignorons ce qu'il faut de consistance au cerveau pour l'entretien de la vie ; le ramollissement qui nous occupe a sans doute eu lieu d'une manière lente, était probablement à-peu-près au même degré le jour de la mort et dans les quatre ou cinq derniers de l'existence ; et comme il n'y avait de lésion récente et grave dans aucun autre organe, il en résulte qu'ici comme dans les cas précédens, et mieux encore, nous ignorons les causes auxquelles il faut rapporter la mort.

Ve Observation.

Un peintre en bâtimens, âgé de trente ans, d'une taille moyenne, d'une constitution peu forte, fut admis le 1er septembre 1822, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, pour y être traité de la colique de plomb. Il était atteint de cette maladie pour la seconde fois, en avait été guéri au même hôpital en 1821, à-peu-près à la même époque de l'année ; une paralysie incomplète des poignets était survenue six semaines après le traitement, et avait cédé en très-peu de temps aux bains sulfureux, sans laisser de traces. Il accusait huit jours de maladie, avait éprouvé dès le début des douleurs dans les membres, des coliques, et une perte d'appétit presque complète : ces symptômes avaient persisté, il s'y était joint, dans les trois derniers jours, des nausées et une constipation opiniâtre : vingt-quatre heures après

le début des nausées tout le corps était devenu jaune, et la veille du jour où nous examinâmes le malade il avait eu des frissons, s'était plaint de soif pour la première fois. Les crampes, auxquelles il était fort sujet depuis deux ans, étaient devenues beaucoup plus fréquentes et plus fortes dès l'apparition des premiers symptômes.

Le 1er septembre, couleur jaune de la sclérotique et de tout le reste du corps, intelligence développée, douleurs contusives dans les membres et dans les reins, air souffrant, changement fréquent de position, tantôt sur le ventre, tantôt sur l'un ou l'autre côté; langue un peu grisâtre au centre, naturelle sur ses bords; bouche pâteuse et amère, nausées, soif nulle, déglutition facile, coliques, sentiment de barre accompagné de chaleur au-dessous de l'ombilic, douleur gravative à l'épigastre, constipation (un lavement donné la veille n'avait pas été rendu); la chaleur était naturelle, le pouls accéléré (quatre-vingt-quinze pulsations par minute); le malade n'avait pas dormi de toute la nuit, et il en était ainsi depuis quatre jours. On ordonna l'eau de casse avec la graine, un lavement purgatif, un lavement anodin, la tisane sudorifique simple, et un gros de thériaque avec un grain d'opium pour le soir.

Il y eut plusieurs vomissemens de bile dans la journée; le soir, le sujet se trouvait mieux; à onze heures, voyant passer l'infirmier, il l'appelle pour lui demander un bouillon, assurant qu'il lui avait été prescrit; on le lui apporte, il le boit avec plaisir, et quatre à cinq minutes après, le même infirmier entendant un peu de bruit, vient vers le malade, qu'il

trouve par terre ; il le relève, le met dans son lit, lui fait respirer un peu de vinaigre pour dissiper *sa faiblesse*, et presque aussitôt il expire.

Six heures après la mort le cadavre était peu refroidi, et la roideur des membres peu considérable.

Ouverture du cadavre, dix-sept heures après la mort.

État extérieur. Persistance de la couleur jaune, quelques vergetures en arrière et sur les côtés du corps, embonpoint modéré, formes bien prononcées, muscles fermes et d'un beau rouge, roideur cadavérique assez considérable.

Tête. Point d'ecchymoses au cuir chevelu, gouttelettes de sang assez nombreuses à la face externe de la dure-mère, veines cérébrales médiocrement gorgées de sang, infiltration sous-arachnoïdienne bornée aux espaces compris entre les circonvolutions cérébrales; substance corticale saine, substance médullaire un peu injectée, une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; cervelet dans l'état naturel; protubérance annulaire un peu molle; moelle allongée parfaitement saine; moelle épinière un peu moins ferme dans son dernier quart que dans le reste de son étendue.

Cou. Le larynx et la trachée-artère n'offraient rien de remarquable.

Poitrine. Il y avait environ trois cuillerées de sérosité dans le péricarde; le cœur était d'un volume convenable, les parois de son ventricule gauche d'une épaisseur moyenne, et d'une fermeté plus considérable que dans l'état ordinaire; son ventricule droit

contenait une concrétion fibrineuse peu étendue, l'oreillette correspondante une assez grande quantité de sang caillé, l'aorte un peu de sang liquide. Les cavités droites du cœur, les valvules sygmoïdes pulmonaires et aortiques, l'aorte dans toute son étendue, étaient d'un rouge vif; la même coloration, mais beaucoup moins foncée, existait dans les carotides et dans les artères iliaques externes. Le poumon gauche était libre, le droit offrait quelques adhérences celluleuses : ils étaient l'un et l'autre volumineux, légers, avaient, antérieurement, l'aspect qui leur est naturel, et, en arrière, une couleur rouge violacée. Si l'on en excepte une petite partie du poumon droit, qui était un peu infiltrée, on ne pouvait en obtenir de fluide par expression.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'œsophage était saine et soulevée, dans plusieurs points, par des cryptes un peu plus développées que de coutume. L'estomac avait un médiocre volume, contenait une assez grande quantité d'un fluide trouble, jaunâtre, semblable à celui qui avait été rejeté par le vomissement ; sa membrane muqueuse offrait une légère teinte jaunâtre et grisâtre, une épaisseur plus marquée le long de la grande courbure que partout ailleurs, une consistance moindre dans le grand cul-de-sac, où l'on pouvait enlever par traction des lambeaux de trois à quatre lignes, que dans le reste de son étendue. L'intestin grêle avait ses dimensions ordinaires, était un peu plus large dans le jéjunum que dans l'iléum, contenait une médiocre quantité de mucus peu visqueux : ses parois étaient très-minces, demi-transparentes, sa membrane muqueuse pâle

dans toute sa longueur, mince et d'une bonne consistance, de manière qu'on pouvait en obtenir, par traction, des lambeaux de près d'un pouce, dans les différens points de son étendue ; ses cryptes étaient assez nombreuses et petites. Le colon gauche contenait un peu de matière fécale pultacée, le reste du gros intestin une médiocre quantité de mucus grisâtre peu visqueux : sa membrane muqueuse était blanche, un peu plus épaisse que celle de l'intestin grêle dans toute son étendue, pouvait, comme elle, être enlevée par lambeaux, et ceux-ci avaient un pouce de longueur au moins : au-dessous, on voyait des cryptes aplaties, grisâtres, avec un point noir ou brun au centre. — Le foie avait son volume ordinaire, une couleur un peu foncée, une consistance très-ferme : les canaux biliaires étaient parfaitement libres ; la vésicule n'offrait rien de remarquable, et contenait un fluide brun, visqueux. Les dimensions de la rate étaient peu considérables, sa consistance naturelle et sa couleur peu foncée. Les reins étaient pâles ; la vessie n'avait que le volume d'un œuf d'oie, ses parois étaient dures et épaisses, sur-tout à gauche, où cette épaisseur était de six à sept lignes.

Il n'est pas besoin de disserter longuement pour établir qu'on ne saurait s'expliquer la mort subite du sujet dont il s'agit par l'état apparent des organes, qui tous ou presque tous étaient dans l'état naturel ; mais comme il fut trouvé hors du lit, par terre, un moment après avoir pris son bouillon, et deux ou trois minutes seulement avant sa mort, on

pourrait peut-être croire qu'il a éprouvé des mouvemens convulsifs qui auront déterminé sa chute, et par suite une commotion cérébrale à laquelle il aurait succombé. A cela nous répondrons que nous avons examiné avec soin les tégumens du crâne, sans y trouver de traces de contusion, en sorte qu'il est très-probable que la chute n'avait pas été considérable; qu'on peut croire, comme cela arrive quelquefois chez les sujets qui meurent subitement dans le cours des maladies chroniques, que le malade, quittant son lit pour aller à la selle, aura perdu subitement ses forces, et sera tombé assez mollement, qu'on ne le trouva point paralysé, mais seulement très-faible quand on le releva, et que ces diverses circonstances semblent toutes indiquer une cause de mort étrangère à la commotion.

Non-seulement on ne peut s'expliquer la mort subite par l'état des organes; mais la plupart de ceux-ci, et entre autres l'estomac et les intestins, offrant le type de l'état naturel, on ne saurait non plus, dans aucune hypothèse, se rendre compte des symptômes éprouvés par le malade avant et après son admission à l'hôpital. La membrane muqueuse de l'estomac était plus épaisse le long de la grande courbure que partout ailleurs, moins consistante dans le grand cul-de-sac que dans le reste de son étendue, et c'est précisément ce qui a lieu dans l'état normal; l'intestin grêle avait la largeur qui lui est naturelle, ses parois étaient très-minces, et sa membrane muqueuse, comme celle du gros intestin, dans un état d'intégrité parfaite. Cependant il y avait eu des symptômes gastriques, des nausées, des douleurs de

ventre, de la constipation, en un mot tout ce qui caractérise la colique de plomb. Suivant les uns, nous aurions dû trouver le calibre de l'intestin grêle rétréci, tandis que dans l'opinion des autres, et c'est peut-être aujourd'hui la plus générale, nous aurions dû trouver une inflammation plus ou moins marquée de la muqueuse gastro-intestinale; en sorte que, comme nous le disions tout-à-l'heure, ce cas de colique saturnine ne s'accommode à aucune hypothèse.

Si l'état d'intégrité de l'estomac et des intestins était en contradiction apparente avec les symptômes ordinaires de la colique des peintres, on pourrait dire que le cas actuel est une exception, et les partisans de la doctrine physiologique pourraient encore soutenir que cette maladie est une gastro-entérite. Mais il n'en est pas ainsi, cette affection, à l'inverse des phlegmasies, ne débute pas par des frissons, n'est accompagnée ni de chaleur ni de sueur; le pouls, au lieu d'être accéléré, est ordinairement d'une lenteur remarquable dans son cours; les douleurs de ventre qui l'accompagnent, loin d'être augmentées par la pression, sont le plus souvent soulagées par elle; les purgatifs, les émétiques à haute dose, les boissons âcres, au lieu d'augmenter les accidens, les soulagent au point qu'après avoir pris, dans l'espace de six jours, un émétique, un éméto-cathartique et deux purgatifs drastiques (traitement de la Charité), les malades n'éprouvent plus aucune douleur, et que dès-lors, souvent même avant, ils ont recouvré leur appétit et digèrent avec facilité. Ce serait, il faut en convenir, une singulière gastrite, celle qui guérirait si promptement, d'une manière si sûre, par des mé-

dicamens si irritans, et dont le moindre d'entre eux devrait, suivant les partisans de la doctrine physiologique, exaspérer toute espèce de gastrite, peut-être même la rendre incurable. Et ici on ne saurait dire que l'effet des médicamens ne peut prouver contre la nature inflammatoire de l'affection, puisque ceux qui dans l'hypothèse que nous examinons devraient toujours avoir les suites les plus graves, sont couronnés de succès, au moins quatre-vingt-quinze fois sur cent.

Remarquons encore en passant que le traitement si actif de la Charité est bien rarement suivi de superpurgation, peut-être une fois sur cinquante cas; ce qui prouve ou que la muqueuse intestinale est peu impressionnable chez les malades atteints de colique métallique, ou que les purgatifs ont bien moins d'inconvéniens qu'on ne le croit ordinairement, et que dans le cas où ils sont suivis, à petite dose, de superpurgation, il faut admettre une prédisposition de la part du sujet.

Souvent la peau des individus atteints d'une colique de plomb offre une légère nuance jaunâtre; mais cette nuance est beaucoup moins prononcée que dans le cas actuel, n'atteint pas les sclérotiques et par conséquent ne mérite pas le nom de jaunisse. Ici, au contraire, cette maladie existait réellement, bien qu'on ne pût en attribuer la cause à l'obstruction des conduits biliaires par des calculs, ce qui d'ailleurs est fort rare, comme nous l'avons déjà remarqué (pag. 409).

L'observation suivante nous offrira l'exemple d'une mort véritablement subite, survenue chez un sujet bien portant, et dont la cause n'est pas moins impos-

sible à déterminer dans l'état actuel de la science que dans les cas précédens.

VIe Observation.

Un menuisier, âgé de vingt-un ans, passe le 13 septembre 1825, devant l'hôpital de la Charité, allant déjeuner avec son frère, et tombe tout-à-coup sans mouvement: on le porte aussitôt dans un des lits de la salle Saint-Jean; à peine y était-il que le chirurgien de garde (M. Beaumetz) vient pour le saigner, et déjà il n'était plus.

Ce jeune homme avait une conduite très-régulière et ne s'était plaint d'aucune espèce d'incommodité à son frère, avec lequel il logeait et vivait dans une parfaite intelligence.

Ouverture du cadavre vingt-deux heures après la mort.

État extérieur. Cadavre de cinq pieds cinq pouces, parfaitement bien conformé. La peau qui recouvrait la face antérieure du corps offrait un grand nombre de petites taches bleuâtres, arrondies, qui pénétraient toute l'épaisseur du derme. Les chairs étaient fermes, les membres charnus et plutôt secs que gras, la roideur cadavérique médiocre, le refroidissement complet, de manière qu'il n'y eut aucune trace de vapeur au moment où nous ouvrîmes les cavités splanchniques.

Tête. La figure, qui était bleuâtre au moment de la mort, était uniformément pâle. Il y avait quelques granulations miliaires, brillantes et opaques, nées de l'arachnoïde, près de la scissure médiane, et des traces d'infiltration sous-arachnoïdienne; la pie-mère était médiocrement injectée; la substance cérébrale un peu moins consistante, dans toute la masse, que chez un sujet mort de pleurésie chronique, ouvert en même temps, et chez lequel cette consistance ne nous parut pas supérieure à ce qu'elle est dans l'état naturel. Outre cela, le lobe antérieur gauche et le corps strié correspondant étaient plus mous évidemment que ceux du côté opposé; la cloison transparente et une partie des piliers de la voûte étaient encore plus ramollies, sans néanmoins être pulpeuses. La substance médullaire n'était pas injectée, les ventricules latéraux contenaient, chacun, une petite cuillerée de sérosité. Le cervelet, la protubérance annulaire, la moelle allongée et la moelle épinière offraient aussi moins de consistance que dans l'état ordinaire. Il y avait environ deux cuillerées de sérosité dans l'arachnoïde spinale.

Cou. L'épiglotte et le larynx étaient un peu injectés, la trachée-artère d'un rouge vif dans toute son étendue.

Poitrine. Pas la plus légère trace d'épanchement dans la cavité des plèvres; le poumon gauche était parfaitement libre, le droit offrait quelques adhérences celluleuses; tous deux étaient bien mous, leur tissu résistait à la traction comme dans l'état naturel. Ils avaient une couleur rouge foncé en arrière. Les sections faites dans cette partie étaient sèches, ne

cédaient, par expression, qu'une très-petite quantité de fluide rougeâtre et légèrement spumeux. Les bronches étaient un peu moins rouges que la trachée-artère et contenaient une petite quantité de mucus. Le cœur était volumineux, plus gros d'un tiers que dans l'état ordinaire, le ventricule droit aplati, comme pratiqué dans le gauche, dont la capacité était presque doublée. Le ventricule droit était vide, ses parois fermes et épaisses de deux lignes, l'oreillette et l'orifice auriculo-ventriculaire correspondans sains. Le ventricule gauche contenait fort peu de sang; ses parois avaient huit lignes d'épaisseur à sa base, trois à quatre seulement à son sommet, et une bonne consistance. Sur la partie de sa face interne qui correspond à la cloison, se trouvait une plaque blanche, ovalaire, de neuf lignes de haut sur une largeur un peu moindre, d'un demi-millimètre d'épaisseur, facile à enlever sans intéresser la membrane commune à laquelle elle n'était que superposée. Les orifices auriculo-ventriculaire et ventriculo-aortique étaient rétrécis; ce dernier n'avait que vingt-cinq lignes de développement : les valvules sygmoïdes aortiques étaient moins hautes que dans l'état ordinaire, et deux d'entre elles offraient des ossifications. L'une de ces ossifications avait la forme d'une stalactite, sept lignes de haut, sur une environ d'épaisseur, était dirigée inférieurement. La valvule mitrale offrait aussi une ossification ou pétrification d'un demi-pouce de surface et d'une ligne d'épaisseur à son bord libre, sa partie la plus épaisse. L'aorte ne présentait rien de remarquable.

Abdomen. L'œsophage était sain, recouvert dans

toute son étendue par un épiderme opaque, qui s'enlevait comme une pulpe. L'estomac avait un médiocre volume, et à l'intérieur une couleur rouge obscur, si ce n'est dans la largeur de deux pouces, avant le pylore immédiatement, et le long d'un grand nombre de bandes d'un à deux pouces de longueur, sur une à deux lignes de large, dirigées dans le sens de la grande courbure. Quelques-unes d'entre elles étaient blanchâtres, la plupart d'une teinte brunâtre. La membrane muqueuse était un peu amincie à leur niveau, légèrement ramollie dans quelques points; ailleurs elle avait une épaisseur et une consistance convenables, en sorte que dans le grand cul-de-sac on pouvait en enlever par traction des lambeaux de près d'un demi-pouce de longueur, et au niveau des grande et petite courbures, d'un pouce à un pouce et demi. Le duodénum avait une couleur un peu roussâtre; les cryptes muqueuses de sa portion pylori-valvulaire étaient peu développées, et ne formaient à sa surface que de très-petites saillies. L'intestin grêle avait un volume médiocre, une couleur rose un peu livide à l'extérieur, contenait beaucoup de mucus, un bon verre environ. Sa membrane muqueuse était rose, comme la sous-muqueuse, dans toute son étendue, très-mince et d'une bonne consistance, de telle sorte qu'on pouvait en avoir par traction des lambeaux d'un pouce de longueur, excepté près du cœcum, dans l'espace d'un pied, où sa rougeur était plus considérable, et les lambeaux dont il s'agit de trois à quatre lignes seulement. On trouvait au-dessous de cette membrane, dans son dernier cinquième, un

grand nombre de cryptes dont le volume augmentait dans le voisinage du cœcum, près duquel ils avaient trois quarts de ligne de largeur. Le gros intestin contenait une assez grande quantité de matières fécales jaunâtres et brunâtres, d'une médiocre consistance : sa muqueuse était pâle et légèrement grisâtre, un peu plus épaisse que celle de l'intestin grêle dans sa première moitié, d'une consistance telle, qu'on en obtenait par traction des lambeaux de douze à quinze lignes : au-dessous d'elle on trouvait un grand nombre de petits corps blancs, d'une demi-ligne de diamètre, très-aplatis, offrant un point brun à leur centre, et fixés au tissu sous-muqueux dans presque tous les points où la membrane muqueuse en avait été séparée. Les glandes mésentériques avaient une couleur fauve pâle, et d'une à quatre lignes de diamètre. — Le volume du foie était assez considérable, sa consistance médiocre, sa couleur d'un rouge obscur ; son grand lobe contenait beaucoup de sang. La bile de la vésicule était abondante, médiocrement épaisse et colorée. — La rate avait cinq pouces de haut sur trois de large, une couleur rouge brun-foncé, la consistance qui lui est naturelle. — Les reins étaient beaucoup plus fermes que de coutume, et les autres viscères parfaitement sains.

Ici la mort a été, pour ainsi dire, instantanée, comme si elle eût été le résultat d'une syncope, bien qu'aucune circonstance extérieure n'ait dû la provoquer, et que la couleur violacée du visage, dans les dernières minutes de l'existence, paraisse indiquer

une autre cause. C'est au moment de déjeuner, et avec toutes les apparences d'une santé parfaite, que le sujet meurt d'une manière subite; et cependant on trouve à l'ouverture de son corps plusieurs lésions, dont quelques-unes existaient incontestablement depuis un laps de temps plus ou moins considérable. Ainsi le ventricule gauche du cœur était à-la-fois dilaté et hypertrophié, ses orifices de communication avec l'aorte et l'oreillette correspondante rétrécis : ces lésions auraient dû produire quelques symptômes remarquables, et néanmoins il paraît certain, d'après les renseignemens qui ont été pris, qu'à aucune époque le malade n'avait accusé de dyspnée ou de palpitations; ce qui montre, avec quelques autres faits du même genre, que le début des maladies chroniques des organes les plus essentiels doit être bien souvent impossible à déterminer, et qu'au moment où un viscère atteint d'une affection lente de sa nature paraît lésé, sa structure peut être altérée depuis beaucoup de temps.

L'état du cerveau n'est pas moins remarquable que celui du cœur, et il est naturel de se demander si le ramollissement de son lobe antérieur gauche, celui du corps strié correspondant, de la cloison demi-transparente et du pilier de la voûte, sont survenus tout-à-coup, ou s'ils existaient déjà depuis un certain temps à la mort du sujet, et si cette lésion est compatible avec l'état de santé. Mais ces questions ne peuvent être résolues, dans l'état actuel de la science, et appellent de nouveaux faits (1).

---

(1) Nous n'ignorons pas que le ramollissement, même pulpeux, du

Toutefois, nous observerons que dans le cas où elles seraient résolues affirmativement, on expliquerait sans peine les hémorrhagies cérébrales qui ont lieu sans symptômes précurseurs, et qu'il est bien différent, pour ne pas dire impossible, de concevoir sans une altération préalable de consistance de la partie du cerveau qui en est le siége. Mais dans le cas contraire, et quand on viendrait à supposer que le ramollissement a été subit, ce qu'il est bien difficile d'admettre, nous ne croyons pas qu'on pût lui attribuer la mort du sujet, vu que les lésions cérébrales spontanées les plus graves ne l'amènent pas, suivant la remarque de M. Rostan, d'une manière si rapide; en sorte que, comme nous l'avons annoncé, la mort n'est pas plus aisée à concevoir dans ce cas que dans les précédens.

Un autre fait sur lequel il importe encore de fixer notre attention, c'est la couleur rouge-foncé de la membrane muqueuse de l'estomac. Cette couleur nous semble devoir être considérée, aussi bien que les taches violacées de la peau, comme un phénomène cadavérique : car au moment de la mort, ou quelques minutes avant la mort, les fonctions digestives semblaient dans un état d'intégrité parfaite, et la rougeur dont il s'agit n'était accompagnée ni de ramollissement, ni d'épaississement, ce qui n'aurait certainement pas eu lieu si cette rougeur eût été

---

cerveau, peut être latent, et nous en avons donné un exemple remarquable dans le cours de cet ouvrage (pag. 313); mais dans ces cas, qui ne sont pas très-rares, il y a ordinairement complication, la santé est plus ou moins altérée depuis un certain temps, et ce n'est plus le fait dont il s'agit.

le produit d'une inflammation (page 265) ; d'où il suit, comme nous avons déjà eu occasion de le remarquer, que la couleur est un indice bien peu sûr de l'état des organes, et qu'il est indispensable, pour en apprécier la valeur, de tenir compte de l'épaisseur et de la consistance des tissus. Observons encore que les amincissemens partiels de la muqueuse gastrique sous forme de bandes, étaient probablement le résultat d'une affection ancienne qui avait laissé des traces, et dont nous avons donné un exemple, p. 93 de cet ouvrage.

Ces considérations et celles qui précèdent suffiraient, en quelque sorte, pour montrer que l'anatomie pathologique étudiée avec soin est véritablement le flambeau de la médecine, soit qu'elle découvre, soit qu'elle ne découvre pas les lésions auxquelles on doit rapporter les symptômes observés : car elle seule peut faire connaître dans quel cas ces symptômes ont pour cause une altération appréciable des viscères, dans quel cas ils en paraissent indépendans. Si elle ne résout pas tous les doutes, et cette observation en est une nouvelle preuve, elle en limite le nombre, elle indique sur quoi ils doivent porter principalement, elle montre en quoi consiste le problème à résoudre. Qu'on suppose en effet que les observations rapportées dans ce mémoire ne sont pas suivies de l'autopsie cadavérique, qu'apprendront-elles? Rien, sinon qu'il y a eu mort subite, ou du moins très-prompte, dans un certain nombre de cas et dans des circonstances où il était impossible de la prévoir : mais on ignorera s'il y avait un rapport exact entre l'état des organes et les symptômes ob-

servés avant ceux qui ont accompagné la mort ; si celle-ci est due à une rupture du cœur, de l'aorte ou de quelque autre vaisseau d'un volume considérable, etc., etc. ; on pourra tout soupçonner : tandis que si après l'examen attentif des viscères, le problème n'est pas encore résolu, au moins nous en approchons le plus possible, et ce qui est un grand point, nous évitons les fausses suppositions.

En résumé, on ne saurait expliquer le genre de mort qui nous occupe par l'état apparent des organes, dans aucun des cas qui viennent d'être rapportés, même dans les deux premiers, où la lésion des poumons et des plèvres était néanmoins très-récente et assez grave.

2°. Il n'est pas plus facile de se rendre compte des symptômes antérieurs à ceux qui ont accompagné la mort, presque subite, des deux premiers sujets, à moins d'en chercher la cause dans le ramollissement de la rate ; et ces symptômes étaient ceux d'une fièvre continue légère.

3°. Les organes qui, d'après les principales théories de la colique des peintres, auraient dû être, chez le sujet de la cinquième observation, le siége de quelque désordre plus ou moins grave, étaient dans l'état normal.

4°. Bien que le sixième malade eût toutes les apparences de la santé quelques minutes avant la mort, nous trouvâmes néanmoins, à l'ouverture de son corps, des lésions assez graves du côté du cœur, et dans le cerveau plusieurs points dans lesquels il était ramolli d'une manière très-marquée.

5°. La roideur cadavérique existait à un degré remarquable chez tous les sujets au moment où l'on en fit l'ouverture, c'est-à-dire de dix-sept à trente-huit heures après la mort, et probablement bien avant, comme on peut le conjecturer de l'histoire des deux premiers sujets qui furent examinés quatre et cinq heures après avoir succombé. Ces faits sont en opposition avec la manière de voir de Béclard, qui attribue la roideur cadavérique au refroidissement du corps, puisqu'elle existait chez les deux sujets dont il vient d'être question quand la température extérieure du cadavre était à peine inférieure à celle qu'on observe pendant la vie. Ils ne sont pas moins contraires à cette autre assertion du même auteur, que quand les forces sont peu altérées au moment de la mort, la roideur ne se développe que vingt-quatre ou trente-six heures après. La saillie des muscles était, chez les sujets qui offraient la roideur cadavérique au plus haut degré, parfaitement semblable à celle qui a lieu pendant la vie par le fait de la contraction volontaire, ou si l'on veut, à celle qu'on observe à une certaine époque du ramollissement de la moelle épinière, dans la partie placée au-dessous du ramollissement, et sur laquelle la volonté n'a plus d'influence : de manière que tout semble indiquer dans la roideur cadavérique, comme l'a dit Nysten, un phénomène analogue à la contraction musculaire.

6°. Presque tous les sujets offraient sur les parties antérieures et latérales du tronc, des vergetures ou taches rouges plus ou moins nombreuses et étendues; ce qui distingue le cadavre des individus morts subite-

ment, de celui des personnes qui ont succombé moins rapidement à une maladie aiguë.

7°. Cinq des six sujets dont nous avons donné l'histoire étaient du sexe masculin.

8°. Les hommes étaient très-jeunes, avaient de vingt à trente ans, la femme quarante-huit. (1)

---

(1) Bien que nous n'ayons recueilli d'exemple de mort subite de l'espèce qui nous occupe, que chez des sujets jeunes, ou du moins peu avancés en âge, on peut croire qu'on l'observe plus ou moins fréquemment à toutes les époques de la vie ; nous allons en donner un exemple pour l'enfance. Les symptômes de l'affection qui a précédé la mort, ont été recueillis avec beaucoup de soin par M. Maréchal (aîné), étudiant en médecine, avec lequel nous avons fait l'autopsie, en présence de M. Chomel qui avait été appelé en consultation auprès de la petite malade.

Cette petite fille était âgée de quatre ans, vive, colère, intelligente, bien développée, d'une constitution forte ; avait eu, au mois d'octobre 1825, des nausées, de la douleur à l'épigastre, avec peu d'appétit, soif, amélioration du pouls, chaleur, en un mot tous les signes d'une gastrite légère. Sous l'influence des émolliens, ces symptômes, auxquels se joignirent quelques vomissemens le premier jour, furent dissipés trois semaines après leur début, et jusqu'au 4 janvier suivant, la petite malade jouit d'une santé parfaite ; ce jour même elle éprouva une violente contrariété, et dans la nuit du 4 au 5 elle fut prise de convulsions, vomit et eut trois selles liquides. (Infusion de tilleul, diète.)

Elle fut bien le reste du jour et encore le lendemain ; mais dans la nuit du 8 au 9, elle eut un frisson violent, suivi de chaleur, de toux, de douleur dans le côté gauche de la poitrine, et accompagné d'un peu de délire.

Le 7, à midi, toux sèche, respiration médiocrement fréquente (trente-quatre par minute), douleur sous le sein gauche dans la largeur d'un écu de six francs, bruit respiratoire nul dans le même point, crépitation fine, percussion sonore dans le tiers inférieur du même côté, en arrière : pouls fréquent (cent quarante-cinq pulsations par minute), chaleur élevée ; langue nette et rouge, ventre indolent, deux selles d'une bonne consistance. La petite malade se plaignait

9°. Enfin, et ce fait est d'une grande importance, les six cas de mort subite ou imprévue que nous avons rapportés font partie d'une masse de quatre

---

beaucoup, avait mal à la tête et des douleurs dans les jambes. (Douze sangsues sur le point douloureux, viol. édulc., pot. gom.)

La douleur, qui avait presque entièrement disparu le soir, devint très-vive pendant la nuit, fut accompagnée d'un peu de délire et de beaucoup de fièvre. Le 8, au matin, les résultats de l'auscultation et de la percussion n'avaient pas changé d'une manière sensible, le pouls était plein, la douleur et la toux persistaient. (Six sangsues au côté gauche.)

Le soir la toux n'avait pas diminué, la douleur était peu considérable, la respiration un peu moins fréquente, le pouls comme le premier jour.

Le 9, l'espace dans lequel on entendait la crépitation était un peu moindre que la veille, le bruit respiratoire sensible dans le point pleurétique, la percussion de la poitrine universellement sonore, la fréquence de la respiration et du pouls comme la veille : il y avait un peu d'abattement.

Le 10, toux un peu moins incommode, moiteur pendant la nuit, nul autre changement.

Le 11, le pouls et la respiration étaient un peu moins accélérés, la toux plus rare, il y avait une amélioration très-sensible. A midi, la fièvre augmente, on observe un peu d'affaissement. Le soir, la petite malade est gaie, s'amuse comme si elle eût été bien portante, est assise sur son lit, et continue de jouer jusqu'à dix heures du soir. Elle s'endort ensuite et est réveillée à minuit par une quinte de toux; à une heure elle semble être dans le même état qu'à dix heures, et se rendort peu après jusqu'à trois heures, qu'elle est encore réveillée par une nouvelle quinte de toux : celle-ci cesse bientôt, l'enfant cause avec sa mère qui était accourue vers elle, lui reproche de l'avoir abandonnée pendant la nuit, et meurt en prononçant ce dernier mot.

Ouverture du cadavre trente heures après la mort.

État extérieur. Embonpoint modéré, rien autre chose de remarquable.

Tête. Point de granulations à la surface de l'arachnoïde, ni d'infiltration entre cette membrane et la pie-mère; cerveau mou comme il

cent cinquante sujets morts dans l'espace de quatre années, dans les salles Saint-Jean et Saint-Joseph de l'hôpital de la Charité; c'est-à-dire que pendant cet

---

l'est ordinairement à l'âge du sujet ; sa substance corticale d'un rose assez vif, ses ventricules latéraux dépourvus de sérosité, la protubérance annulaire et la moelle allongée proportionnellement plus fermes que le cerveau ; tout l'hémisphère gauche du cervelet beaucoup plus ferme que le droit, qui semblait plus mou que dans l'état naturel.

Poitrine. Cœur parfaitement sain et vide de sang. Poumons libres ; nul épanchement dans la cavité des plèvres; le lobe supérieur du poumon gauche dans l'état naturel ; l'inférieur un peu violacé, dur en arrière dans ses trois-quarts inférieurs, grenu, hépatisé dans un peu moins de la moitié de son étendue, et recouvert, dans une petite surface, par une fausse membrane molle et jaunâtre ; ailleurs il était plus ferme que dans l'état ordinaire, mais sans hépatisation ni engouement. Ce même lobe offrait encore un tubercule ramolli, de trois lignes de diamètre, et un abcès de la même dimension. Le poumon droit était sain, à part un certain nombre de granulations et de tubercules crus à sa base et près de sa circonférence.

Abdomen. Le péritoine était peu humide. L'estomac avait un petit volume ; sa membrane muqueuse était d'un blanc nuancé de rose, d'une consistance moindre de moitié que chez l'adulte, en général, et très-molle près du pylore, de manière à ne pouvoir être enlevée par traction dans ce point. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était pâle, mince et ferme, c'est-à-dire qu'on pouvait en enlever, par traction, des lambeaux d'un quart de pouce : celle du gros intestin avait la même ténuité, la même blancheur, la même consistance. Les autres viscères de l'abdomen parfaitement sains.

Ici l'état du poumon gauche rend parfaitement raison des symptômes observés dans le cours de la maladie du sujet; mais la cause de la mort subite nous semble tout aussi impossible à déterminer que dans les autres cas. Toutefois le ramollissement d'un des hémisphères du cervelet est bien digne de remarque, et rapproche cette observation de la sixième, qui nous a offert plusieurs ramollissemens partiels du cerveau ; de manière que les réflexions faites à son sujet s'appliquent parfaitement au fait dont il s'agit.

intervalle de temps un individu sur soixante-quinze est mort subitement, ou presque subitement, au milieu des apparences de la santé la plus parfaite, ou dans la convalescence d'une maladie légère, qui guérit ordinairement après une durée de quelques jours. Et si l'on se rappelle que dans le même temps, et parmi les mêmes individus, nous avons observé quatre cas de perforation de l'intestin grêle (accident si promptement mortel), chez des sujets qui ne semblaient avoir qu'un peu de diarrhée ou une très-légère indisposition, on aura sur quarante-cinq décès une mort subite, ou presque subite, et toujours inattendue. (1)

---

(1) M. Martinet a inséré dans la *Revue Médicale* (octobre 1824), un Mémoire fort intéressant, qui a pour titre : *Considérations sur les différens degrés de résistance vitale dans les maladies, déduites des rapports des lésions organiques avec leurs effets.* Plusieurs des observations contenues dans ce mémoire ont beaucoup d'analogie avec quelques-unes des nôtres, et nous engageons le lecteur à les consulter.

MORTS LENTES

ET PRÉVUES,

DONT ON NE SAURAIT SE RENDRE COMPTE PAR L'ÉTAT DES ORGANES.

Nous avons vu dans le précédent Mémoire la mort arriver d'une manière subite, ou presque subite, et tout-à-fait imprévue; dans celui-ci, au contraire, nous rapporterons des cas dans lesquels elle est arrivée lentement et après avoir été prévue, mais aussi sans que l'examen le plus attentif des organes ait pu indiquer avec certitude quelle en a été la cause, et celui d'entre eux auquel il faut rapporter les symptômes observés. Ces faits, loin de diminuer l'importance de l'anatomie pathologique, achèveront de montrer combien il est nécessaire de s'y appliquer sans relâche, de comparer avec soin les symptômes avec ses lésions observées, puisqu'il n'y a que ce moyen de savoir s'il existe réellement des symptômes qu'on ne puisse expliquer par l'état apparent des organes, et s'il y a des causes générales qui en seraient plus ou moins indépendantes, comme, par exemple, l'altération des fluides.

Si nous ne rapportons dans ce Mémoire qu'un petit nombre d'observations, c'est qu'ici, plus qu'ailleurs

encore, une extrême exactitude est nécessaire, et que plusieurs des faits que nous avions placés d'abord parmi ceux-ci, ne nous semblent plus offrir toutes les conditions sans lesquelles on ne peut se convaincre ni convaincre les autres.

Ire Observation.

Un boulanger, d'une taille moyenne, d'une constitution sèche, âgé de soixante-quatre ans, n'ayant jamais éprouvé de maladie grave, non sujet au rhume, éprouva, dans les premiers jours de l'été de 1825, et sans cause connue, un affaiblissement considérable qui l'obligea d'interrompre ses occupations. Dans le même temps se montrèrent, sur différentes parties de son corps, des boutons qui disparurent spontanément après trois semaines de durée, après quoi la faiblesse diminua beaucoup, sans que néanmoins le malade osât reprendre ses occupations. Il resta dans le même état pendant quatre mois, ayant toujours un bon appétit, les digestions faciles et des selles régulières. Enfin, le 18 septembre de la même année, cinq mois après le début de la faiblesse, il essaya de se remettre à ses travaux, et dès le second jour, se trouvant au milieu d'un courant d'air, il eut un frisson qui dura une demi-heure et fut suivi de chaleur et de sueur. La chaleur persista, et il s'y joignit, au troisième jour, une douleur sous la mamelle gauche, qui augmentait par le décubitus sur ce côté, par le mouvement et par la toux : celle-ci avait débuté quarante-

huit heures avant les frissons, et était devenue un peu plus considérable depuis. Avec la fièvre, soif, anorexie, constipation.

Le sujet fut admis à l'hôpital de la Charité, le 22 septembre, et le 23, cinquième jour de sa maladie, nous le trouvâmes dans l'état suivant : teinte jaunâtre des sclérotiques et de toute la surface du corps, air de fatigue, sentiment de faiblesse considérable, mouvemens un peu lents, facultés intellectuelles médiocrement développées ; douleur au côté gauche, augmentant par la toux, le décubitus sur ce côté et les mouvemens du corps ; percussion sonore, respiration naturelle et sans râle dans toute l'étendue de la poitrine, toux fréquente et ordinairement sèche, quelques crachats adhérens au pourtour du vase, couleur abricot, visqueux et demi-transparens : pouls peu accéléré (soixante-douze), chaleur naturelle ; langue bien humide, un peu pâle sur les bords, jaunâtre et villeuse au centre, soif médiocre, anorexie, quelquefois nausées par la toux, ventre indolent, constipation. (Saignée de huit onces, tis. de viol. oxym., *bis* ; pot. gom., lav. de lin, deux demi-bouill.)

Le sang se couvrit assez promptement d'une couleur jaunâtre d'une bonne consistance, et la sérosité qui environnait le caillot était très-jaune.

Le lendemain 24, la couleur jaune des crachats était plus foncée que la veille, le pouls à soixante-trois seulement ; les autres symptômes persistaient. Le lavement avait provoqué une abondante évacuation de matières alvines.

Le 25, le malade n'avait expectoré que quelques

crachats rouillés, le pouls était tombé à cinquante-huit, le bruit respiratoire plus fort antérieurement du côté gauche que du côté droit.

Le 27, crachats rares et demi-vitrés, couleur de la peau presque naturelle, langue nette, anorexie toujours complète.

Depuis ce moment, jusqu'au 28 janvier 1826, jour de la mort, c'est-à-dire dans l'espace de trois mois et quelques jours, voici ce que nous observâmes.

La toux fut peu considérable, et jusqu'au 18 décembre les crachats furent rares et purement muqueux. Ce même jour il y eut, sans augmentation préalable de toux et sans cause connue, une hémoptysie évaluée à deux onces. Le lendemain, douleur dans le flanc gauche, hémoptysie nouvelle et un peu plus copieuse que la première; on ordonna une saignée de quatre onces, après laquelle l'hémorrhagie diminua beaucoup et cessa bientôt, en sorte que, le 27, les crachats avaient le même aspect que la veille de l'hémoptysie. Ils furent verdâtres, opaques et dépourvus d'air dans les derniers cinq jours. Il n'y eut de douleurs thoraciques dans aucun temps, et l'auscultation et la percussion pratiquées le 21 et le 26 décembre n'offraient rien de remarquable.

Le pouls fut plus calme et plus ou moins lent jusqu'au 18 décembre : il était à soixante-quatorze le 19, et il conserva le même degré de fréquence jusque dans la dernière semaine.

La langue fut nette, humide, ordinairement pâle, quelquefois un peu rouge et presque sèche pendant les quatre derniers jours. La soif se dissipa promptement, l'anorexie persista jusqu'au 23 octobre, époque

à laquelle le malade commença à manger avec un peu d'appétit; bientôt il fut mis au quart, puis à la demi-portion avec deux tasses de vin, et il les prenait encore quand l'hémoptysie força de le mettre à la diète. Il n'y eut ni nausées, ni vomissemens, ni douleurs à l'épigastre, ni diarrhée; loin de-là les selles furent ordinairement rares: une rétention d'urine eut lieu du 30 septembre au 4 octobre, et nécessita l'usage de la sonde, qui fut introduite sans aucune difficulté, et chaque fois qu'on y eut recours on évacua une assez grande quantité d'urine rouge.

En même temps que l'appétit se relevait un peu dans le cours de novembre, la faiblesse diminuait et la physionomie devenait meilleure; mais au lieu de s'effacer, la maigreur semblait toujours faire des progrès, et aussitôt l'hémoptysie, l'affaiblissement devint considérable, puis il fut chaque jour plus marqué. Le 3 janvier, le découragement était extrême, la voix faible, et parfois il y avait aphonie; la déglutition était difficile. Néanmoins, malgré sa grande faiblesse, le malade alla seul à la selle jusqu'au jour qui précéda sa mort; son agonie fut tranquille et dura vingt-quatre heures.

Ouverture du cadavre vingt-trois heures après la mort.

Etat extérieur. Dernier degré de marasme; rien autre chose de remarquable.

Tête. Opacité de l'arachnoïde cérébrale dans plusieurs points du voisinage de la faux; infiltration sous-arachnoïdienne considérable; substance corticale un peu pâle, substance médullaire ferme et sans injec-

tion ; deux cuillerées et demie de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux. La cloison demi-transparente et le reste de l'encéphale parfaitement sains.

Cou. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. Poumons libres ; environ six onces de sérosité bien claire dans chacune des plèvres. Fausse membrane molle, jaunâtre, de cinq à six pouces de surface sur le lobe inférieur du poumon droit. Ce lobe était lourd, facile à déchirer, plus ou moins rouge, engoué, offrait quelques points rouges, grenus, fermes et hépatisés : le supérieur était mou et léger, avait, à son sommet, plusieurs excavations de deux à quatre lignes de diamètre, remplies d'un liquide puriforme, blanc-verdâtre, tapissées par une fausse membrane peu épaisse et sans consistance, louche, reposant sur le tissu pulmonaire sain ou engoué. Les bronches avaient six lignes de développement dans le voisinage de ces excavations, étaient d'ailleurs saines, et entre elles se trouvaient des granulations tuberculeuses, blanchâtres, striées de noir. Des granulations semblables existaient au sommet du poumon gauche, dont le tissu était grisâtre, hépatisé dans une surface de six à sept pouces carrés, sur un pouce d'épaisseur environ, près de son bord tranchant. Son lobe inférieur n'offrait que des traces d'engouement. Le péricarde contenait trois cuillerées de sérosité claire, le cœur fort peu de sang à droite, et quelques gouttes seulement du côté gauche. Ses parois n'offraient rien de remarquable. La valvule mitrale était opaque, jaunâtre et épaissie dans quelques points ; il

en était de même des valvules sygmoïdes aortiques. L'aorte était large et saine, si ce n'est un peu au-dessus de sa division en iliaques, où elle présentait une ulcération superficielle et longitudinale, de trois-quarts de pouce dans son plus grand diamètre.

Abdomen. Point de sérosité dans la cavité de l'abdomen. Œsophage sain et couvert de son épiderme, dans la plus grande partie de son étendue. L'estomac, réduit à la moitié de ses dimensions ordinaires, contenait peu de liquide, offrait un grand nombre de replis valvuleux. Sa membrane muqueuse était grisâtre le long de la grande courbure, pâle et légèrement jaunâtre ailleurs, généralement un peu mince et d'une bonne consistance dans toute son étendue. Près de la petite courbure, à égale distance du cardia et du pylore, sur la face postérieure de l'estomac, se trouvait une saillie en forme de fuseau, d'un pouce de long sur trois lignes de large à sa partie moyenne, d'une ligne et demie d'épaisseur, uniquement formée par quelques fibres musculaires hypertrophiées, mais d'ailleurs parfaitement saines, à part un léger excès de dureté. Les membranes muqueuses et sous-muqueuses n'offraient rien de remarquable dans le point correspondant. L'intestin grêle était un peu rétréci, sa muqueuse légèrement injectée, d'une épaisseur et d'une consistance convenables, si ce n'est dans les deux derniers pieds, où elle était un peu ramollie. Des matières fécales moulées existaient dans toute la longueur du gros intestin, et remplissaient le rectum, qui en était élargi. La membrane muqueuse du cœcum était pâle et molle comme du mucus; celle qui tapissait les autres parties de l'intestin avait la

moitié de la consistance qui lui est ordinaire. Les veines du mésentère et de l'épiploon, celles qui rampent au-dessous de la muqueuse gastro-intestinale étaient très-dilatées et remplies de sang. Les glandes mésentériques n'offraient rien de remarquable. — Le foie était parfaitement sain ; sa vésicule contenait une grande quantité de bile médiocrement épaisse. — La vessie avait une forme irrégulièrement arrondie, et trois pouces de large dans son plus grand diamètre : sa membrane muqueuse était plus ou moins rouge, mince et aussi résistante que dans l'état naturel ; sa tunique musculaire épaisse de quatre lignes, très-ferme, et à cela près, parfaitement saine. Les autres viscères dans l'état naturel.

L'affection qui nous occupe offre deux époques bien distinctes, l'une antérieure, l'autre postérieure aux faibles symptômes de péripneumonie qui ont amené le malade à l'hôpital. Dans la première il n'éprouvait rien autre chose de remarquable qu'un sentiment de faiblesse qui l'empêchait de se livrer à ses occupations ; l'appétit était excellent, la digestion facile, les selles régulières, la santé en apparence parfaite. La faiblesse, qui avait un peu diminué dans le cours de cette première époque, devint considérable au commencement de la seconde, au début des symptômes péripneumoniques, suivit encore une marche rétrograde quelque temps après, sans néanmoins jamais cesser d'être très-grande. La péripneumonie était si peu étendue lors de l'entrée du malade à l'hôpital, que l'auscultation et la percussion prati-

quées avec soin, n'offrirent aucune donnée positive; les crachats reprirent bientôt l'aspect qu'ils offrent dans le simple catarrhe et le conservèrent pendant deux mois, jusqu'à l'époque à laquelle il y eut une légère hémoptysie et une augmentation de la dyspnée, qui avait été bien peu considérable auparavant; et à l'ouverture du cadavre on trouva pour toute lésion quelques tubercules et quelques excavations tuberculeuses dans les poumons, le lobe inférieur de celui du côté droit engoué, un peu d'hépatisation grise dans le lobe supérieur gauche, et un ramollissement très-marqué de la muqueuse du cœcum.

Ces lésions étaient peu considérables, assez récentes d'ailleurs, et ne peuvent rendre compte de l'état du malade aux deux époques principales de son affection. L'affaiblissement qui existait dans la première est d'autant plus remarquable, qu'à part ce symptôme, toutes les fonctions s'exerçaient avec régularité : il n'y avait pas de toux, et dès-lors il est extrêmement probable que les tubercules, qui étaient sans doute la plus ancienne des faibles lésions que nous avons décrites, n'existaient pas à cette époque. Et quand on voudrait faire une supposition contraire, ces tubercules, sans fièvre, sans aucun des symptômes généraux qui les accompagnent quelquefois quand ils sont latens, étaient en trop petit nombre pour expliquer la faiblesse dont il s'agit. On peut en dire autant de celle de la seconde période, qui n'était nullement proportionnée au peu d'étendue de l'inflammation pulmonaire. Et quant à l'engouement du lobe antérieur du poumon droit et au ramollissement de la membrane muqueuse du cœcum, dans lesquels on

pourrait peut-être croire que se trouve l'explication de la mort du sujet, nous remarquerons que ces lésions se développent très-fréquemment à la fin des maladies chroniques les plus variées, quand déjà la faiblesse est considérable et a duré un certain espace de temps (1); qu'elles accélèrent le terme fatal sans être la véritable cause, la cause première de la mort; qu'elles ne sont qu'une dépendance de l'affection principale; que s'étant développées ici dans les mêmes circonstances générales, elles doivent être considérées sous le même aspect; que dès-lors il n'est pas plus facile de s'expliquer, par la considération des organes, la mort du sujet, que la faiblesse des deux époques principales qui l'ont devancée. Ajoutons que cette faiblesse si remarquable arrivée tout-à-coup ou presque tout-à-coup, ne pouvait être attribuée à l'âge, encore trop peu avancé, de l'individu; qu'elle peut exister de la même manière chez des hommes encore jeunes et dans la force de l'âge, ainsi que nous le verrons par l'observation suivante, et nous serons convaincus de la nécessité d'admettre, dans ce cas, l'existence d'une cause générale, quelle qu'elle soit, indépendante de l'état apparent des organes, à laquelle nous rapporterons l'affaiblissement dont il s'agit.

Ces causes ou dispositions générales, qu'il importe de reconnaître de bonne heure dans l'intérêt du traitement, forment, comme nous l'avons déjà dit, une nouvelle preuve de l'importance de l'anatomie pathologique et de la nécessité de comparer sans cesse et avec une exactitude scrupuleuse

(1) Voyez nos *Recherches sur la Phthisie*, pag, 216 et 9.

les symptômes avec les lésions des organes auxquels on peut les rapporter, puisqu'on ne saurait conclure l'état général que de la disproportion des symptômes avec les lésions. Le cas dont il s'agit n'était pas le premier dans lequel la mort paraissant inévitable, nous n'ayons pu l'expliquer par l'état des viscères; nous avions interrogé avec soin toutes les fonctions sans pouvoir découvrir dans les organes qui en sont chargés une altération de quelque importance, et nous nous attendions à ne trouver à l'ouverture du cadavre que de faibles désordres; mais nous n'aurions pas affirmé qu'il dût en être ainsi, vu l'incertitude où l'on est encore sur le diagnostic de plusieurs affections graves dans un assez grand nombre de cas.

Bien que la membrane muqueuse de l'estomac fût dans l'état naturel (car on ne connaît pas d'une manière positive la valeur des simples altérations de couleur, de la teinte grise en particulier), que l'histoire des symptômes n'indique pas qu'elle ait été le siége de quelque affection aiguë dissipée plus ou moins long-temps avant la mort, et que le malade fût sans fièvre peu après l'époque de son admission à l'hôpital, l'anorexie fut complète pendant beaucoup de temps, et l'appétit ne se rétablit jamais en entier, comme si la muqueuse gastrique eût participé à l'état général du sujet, et qu'elle n'eût manqué que de l'énergie nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

L'hypertrophie partielle de la membrane musculaire de l'estomac mérite aussi d'être remarquée comme un fait rare, qui semble échapper à toutes les explications et en montrer la vanité dans beaucoup de cas.

Le canal de l'urètre était libre, la membrane mus-

culaire de la vessie évidemment hypertrophiée, et deux mois avant la mort il y avait eu momentanément rétention d'urine. Doit-on attribuer ce symptôme à la cause générale dont nous avons parlé, et si l'on n'admet pas cette cause, comment s'en rendre compte?

IIe Observation.

Un joueur d'orgue, âgé de trente-six ans, large, velu, bien développé, était malade depuis cinq semaines quand il fut admis à l'hôpital de la Charité le 15 octobre 1824. Ayant habité Paris pendant vingt ans, il l'avait quitté au mois d'août 1823 pour voyager dans le midi de la France, espérant par-là augmenter ses bénéfices : trompé dans ses calculs, il était revenu, après un an d'absence, assez rapidement par Bordeaux, faisant quelquefois douze ou quinze lieues dans un même jour, ayant toujours son orgue sur les épaules, en sorte qu'il était excédé de fatigue en arrivant. Six jours après, étant altéré, ayant perdu presque entièrement l'appétit depuis quinze jours, lassitudes, douleurs dans les membres, nausées, quelquefois vomissemens, obligation de se mettre au lit. La soif et l'anorexie persistèrent, il y eut encore par intervalles des nausées et des vomissemens; les selles devinrent liquides et assez nombreuses dans les quinze jours qui précédèrent l'entrée du sujet à l'hôpital, et il s'y joignit un peu de toux. Il y eut aussi de temps à autre des frissons et de la chaleur pendant la nuit. La faiblesse augmenta suc-

cessivement, et le malade fut conduit en voiture à l'hôpital.

Le 16 octobre, sentiment profond de malaise, faiblesse, sans douleurs, dans les membres; teint pâle et un peu jaunâtre, céphalalgie peu considérable, intelligence dans l'état naturel; langue humide, naturelle au pourtour, jaunâtre et villeuse au centre; soif médiocre, anorexie presque complète, tout le ventre souple et indolent, quelques selles liquides sans coliques; pouls un peu plein et dur (quatre-vingt-dix), chaleur modérée; toux rare, crachats peu abondans, muqueux, louches, quelques-uns verdâtres. (Tis. de riz avec le sirop tart., pot. gom., deux demi cr. de riz, deux bouill.)

Dès-lors jusqu'au 7 novembre, jour de la mort, dans l'espace de vingt jours, nous fîmes les remarques suivantes.

La faiblesse, d'abord stationnaire, diminua un peu du 24 au 31 octobre, puis devint plus considérable et fut excessive à compter du 3 novembre. Les extrémités inférieures étaient œdématiées le 30 octobre : l'infiltration existait le 2 novembre aux avant-bras; le 4, elle était considérable à celui du côté gauche.

La toux fut plus ou moins forte, les crachats peu abondans, plus ou moins verdâtres ou bleuâtres, et les résultats de l'auscultation très-variables. Le 17 octobre, la respiration était naturelle dans toute l'étendue de sa poitrine; le 18, on entendait un peu de râle humide à gauche antérieurement; le 19, le bruit respiratoire était un peu plus faible de ce côté qu'à droite, et mêlé d'un peu de crépitation. Un vésicatoire de six pouces de diamètre y fut appliqué, et le

lendemain la crépitation en avait entièrement disparu, la respiration était plus naturelle. Le 27, il y avait en arrière, dans les trois-quarts inférieurs du côté droit, et dans le tiers moyen du côté gauche, un peu de crépitation ; les parois de la poitrine étaient un peu infiltrées et rendaient, pour la première fois, un son obscur en arrière. Le 4, aucun changement remarquable. Les deux jours suivans, on entendait un peu de crépitation à la partie antérieure du thorax, du côté gauche, et le 9 elle n'existait plus. La dyspnée fut considérable dans les quatre derniers jours seulement, et le décubitus varié, à-peu-près comme dans l'état naturel.

Le pouls, dont les pulsations n'avaient pas dépassé quatre-vingt-quinze par minute, jusqu'au 31, battait ce même jour cent dix fois, et devint encore beaucoup plus fréquent après le 3 novembre.

La soif fut très-vive pendant les trois jours qui suivirent l'entrée du malade à l'hôpital, puis très-modérée ; l'appétit, qui s'était un peu relevé et soutenu jusqu'au 29 octobre, fut tout-à-fait nul ensuite, et le 2 novembre il y eut des nausées. La langue, un peu sèche et roussâtre les 18 et 19 octobre, fut, à part ces deux jours, dans l'état naturel. A aucune époque il n'y eut de douleur à l'épigastre ou dans le reste du ventre ; les selles ne dépassèrent pas le nombre de deux dans la journée, et conservèrent une consistance pultacée.

Le malade succomba le 7 novembre, à dix heures du matin, après une agonie de quelques heures.

Le premier vésicatoire s'étant desséché dans les derniers jours d'octobre, on en appliqua un second

le 2 novembre, dans le même point. A compter du 30 octobre, on mit dans les boissons, qui consistaient en eau de riz et en infusion de violettes, une certaine quantité de nitre, dont la dose fut augmentée successivement de demi-gros à un gros dans chaque pinte de tisane : l'oxymel scyllitique fut aussi ajouté à la potion.

Ouverture du cadavre vingt-deux heures après la mort.

État extérieur. Infiltration des membres abdominaux, des parois du ventre et de la poitrine, à un degré assez considérable; muscles plus mous, plus humides et plus pâles qu'à l'ordinaire, un peu infiltrés; veines crurales dans l'état naturel.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable; pie-mère légèrement injectée; cerveau pâle et médiocrement consistant; un peu moins d'une demi-cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; une cuillerée et demie du même liquide dans les fosses occipitales inférieures. Le cervelet, la protubérance annulaire, la moelle allongée et la moelle épinière parfaitement sains.

Cou. Le larynx, l'épiglotte et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. Il y avait une pinte et demie de sérosité claire dans chacun des côtés de la poitrine. Les poumons remplissaient exactement le reste de la cavité des plèvres, étaient moins mous que dans l'état naturel, élastiques, d'une bonne couleur, contenaient une petite quantité de liquide grisâtre qu'on obtenait par expression; leur tissu était au moins aussi

résistant que dans l'état normal : ils n'étaient ni engoués, ni hépatisés, semblaient comme hypertrophiés. — Le cœur avait un volume un peu plus considérable que la stature du sujet ne semblait le comporter ; ses chairs étaient pâles, d'une bonne consistance, les parois de ses ventricules un peu épaisses. L'aorte n'offrait rien de remarquable.

Abdomen. Environ deux pintes de sérosité dans la cavité de l'abdomen ; œsophage sain, estomac d'un volume convenable, contenant une petite quantité de fluide jaunâtre et brunâtre. Sa membrane muqueuse était blanche et légèrement fauve, un peu plus épaisse que d'ordinaire dans le grand cul-de-sac, un peu moins ferme dans cette partie et le long de la grande courbure que dans l'état naturel, n'offrait rien autre chose de remarquable. L'intestin grêle avait, à l'extérieur, une teinte rosée qui dépendait presque uniquement de l'injection du tissu sous-muqueux ; il contenait une petite quantité de mucus, et sa membrane muqueuse était pâle et d'une bonne consistance dans toute sa longueur. Celle du gros intestin était d'un rouge violet dans quelques points, pâle ailleurs, un peu ramollie dans le cœcum et dans le colon droit, d'une consistance et d'une épaisseur convenables dans le reste de son étendue, en contact avec une petite quantité de mucus, sans matières fécales. — Le foie avait un bon volume, une teinte un peu grisâtre et la fermeté qui lui est ordinaire. Sa vésicule était saine, et la bile qu'elle contenait d'une couleur et d'une densité naturelles. — La rate était doublée de volume, rougeâtre et grisâtre, extrêmement ramollie, de manière à être facilement ré-

duite en putrilage. Les autres viscères de l'abdomen sains.

A ne considérer les organes que dans l'état où ils se trouvaient à l'ouverture du cadavre, on pourrait s'étonner que nous ayons mis l'observation qui nous occupe parmi les maladies dont l'anatomie ne peut encore expliquer ni les symptômes, ni la terminaison funeste; car si l'encéphale et la muqueuse gastro-intestinale ne présentent que des lésions très-faibles et sans importance, sous le point de vue qui nous occupe, le double épanchement de sérosité dans les plèvres et l'état pathologique, bien que peu prononcé et difficile à apprécier, des poumons, formaient nécessairement un obstacle très-grave à la respiration, et sembleraient, jusqu'à un certain point, pouvoir expliquer la mort du sujet. Mais l'étonnement cesse dès qu'on examine la succession des symptômes, et l'on se persuade aisément alors que l'observation a été mise à sa véritable place. Et en effet, au moment où le malade fut admis à l'hôpital, le bruit respiratoire n'était mêlé à aucune espèce de râle, la poitrine était sonore dans toute son étendue, la toux encore récente, peu considérable, comme elle le fut constamment ensuite : c'est seulement huit jours avant la mort, quand l'infiltration des membres commençait, que la poitrine rendit un son obscur; c'est-à-dire que c'est à cette époque qu'il faut rapporter le début de l'épanchement de la sérosité que nous avons trouvée dans la plèvre, lésion si ordinaire à la fin des maladies de long cours, quand

la faiblesse est portée à un certain degré, qu'on ne saurait considérer alors que comme une suite éloignée de l'affection, et non comme l'affection elle-même. Dans la recherche des causes ou des lésions auxquelles il faut rapporter les symptômes observés, il convient donc de faire abstraction de l'état des poumons et des plèvres, et alors on ne trouve dans aucun organe, ni dans aucune sécrétion excessive, rien qui puisse expliquer la faiblesse extrême du malade, avant ou après son admission à l'hôpital de la Charité ; et, comme dans le cas précédent, il faut supposer l'existence d'une cause indépendante de l'état apparent des organes, pour expliquer les symptômes et la terminaison funeste de l'affection. Mais ici l'existence de cette cause ne nous semble pas seulement évidente, les circonstances qui ont concouru à la produire ne le sont pas moins, et l'on doit considérer comme telles les fatigues excessives et prolongées du sujet, son alimentation incomplète, et sans doute aussi les peines morales plus ou moins vives qu'il a éprouvées.

Toutefois, et pour ne rien omettre d'important dans l'analyse de cette observation, il convient de remarquer que la rate était doublée de volume, rougeâtre et grisâtre, extrêmement ramollie ; que cette lésion a dû nécessairement donner lieu à quelques symptômes, ainsi que nous l'avons déjà dit dans le précédent mémoire au sujet des deux premières observations ; que si elle ne peut pas tout expliquer, il importe néanmoins d'en tenir compte pour ne pas donner aux causes générales (altération des liquides ou autres) une influence qui ne leur appartiendrait

pas. Le fait suivant viendra à l'appui de ces dernières remarques.

IIIe Observation.

Un colporteur âgé de dix-huit ans, d'une taille moyenne, d'un tempérament lymphatique et sanguin, d'une constitution médiocrement forte, travaillait depuis quelque temps à un four à chaux quand il éprouva, sans en connaître la cause, de la faiblesse et du malaise. Au troisième jour de cet état, et dans la soirée, frisson suivi de chaleur et de sueur : le même accès se répéta les jours suivans, et dans les intervalles l'appétit était bon, le malade se trouvait assez bien, à part la faiblesse. Il entra au neuvième jour de son affection à l'Hôtel-Dieu, où il fut saigné sans le moindre soulagement; mais le surlendemain de cette émission sanguine on ordonna un purgatif mêlé à une certaine dose de sulfate de kinine, et le frisson fut supprimé. Dès-lors, le malade se trouva un peu mieux, et il quitta l'Hôtel-Dieu après y être resté neuf jours pleins. Depuis ce moment jusqu'à celui où il fut admis à l'hôpital de la Charité, c'est-à-dire pendant onze jours, il eut tous les soirs une chaleur incommode sans frisson préalable, sans sueur consécutive; l'anorexie fut complète, la soif vive, il y eut quelquefois un peu de diarrhée, et la toux, qui avait débuté avec les premiers symptômes, persista.

Le 4 octobre, un mois après le premier frisson, les sclérotiques et toute l'habitude du corps étaient

d'une couleur jaune peu foncée, qui, au rapport du malade, existait déjà depuis plusieurs jours; il y avait un peu de céphalalgie, la faiblesse était considérable, l'attitude naturelle, la langue nette, un peu pâle à son pourtour, villeuse au centre, la soif presque nulle, l'appétit très-déprimé, l'épigastre mou, souple et indolent, comme tout le reste du ventre, à moins qu'on n'y exerçât une pression un peu forte : il y avait eu la veille une selle liquide. Le pouls était régulier, calme (soixante-cinq), la toux rare, la respiration naturelle, sans aucune espèce de râle dans toute l'étendue de la poitrine. Le malade se croyait sans fièvre, dans le même état que les jours précédens, et assurait n'éprouver lors du paroxysme du soir qu'une simple augmentation de chaleur. (Limonade, lavement de lin, cinq bouillons.)

Depuis ce moment jusqu'au 24 novembre, jour de sa mort, ou dans l'espace de près de deux mois, voici ce qui eut lieu.

La faible teinte jaune universelle persista au même degré, l'intelligence fut intacte, si ce n'est dans les trois derniers jours, l'humeur constamment gaie; plusieurs fois, et entre autres dans le commencement de novembre, le malade nous demanda par quel motif (n'éprouvant aucun mal) on lui ordonnait des médicamens, et néanmoins il dépérissait à vue d'œil et sa maigreur faisait tous les jours des progrès sensibles. On observa un peu d'œdème le 22 octobre, aux paupières et aux membres inférieurs : cet œdème diminua beaucoup les jours suivans, et il n'en restait plus que quelques traces le 2 novembre.

La langue fut quelquefois parfaitement nette, et

conserva généralement l'aspect qui a été indiqué le premier jour. L'appétit se prononça au milieu d'octobre, et fit encore quelques progrès dans la suite. Toutefois, on ne donnait au malade que du bouillon, des laits de poule et quelques crêmes de riz : mais il trouva moyen, dans les derniers jours de novembre, de se procurer des alimens, et les selles, qui jusqu'alors avaient été rares ou quotidiennes et d'une médiocre consistance, devinrent tout-à-coup très-fréquentes, et continuèrent sur le même pied dans les six derniers jours de la vie. Il n'y eut point de coliques, et la soif fut modérée, si ce n'est dans la dernière semaine.

Jusqu'au 28 octobre, le pouls fut calme ou même lent, après quoi il devint un peu accéléré, et il fut extrêmement fréquent à partir du 20 novembre. La chaleur, constamment peu considérable dans la matinée, était assez ordinairement, mais non toujours, plus ou moins élevée le soir. Il y eut encore quelques frissons les 5, 14 et 16 octobre. Le 17, on ordonna six grains de sulfate de kinine en trois doses; on répéta la même prescription le lendemain, puis on supprima le fébrifuge, le pouls ayant pris momentanément un peu d'accélération dans la journée; mais les frissons ne se montrèrent plus.

La toux fut rare, et dans aucun temps nous n'entendîmes de râle mêlé au bruit de la respiration.

Du 19 octobre au 8 novembre, on prescrivit une tisane de chiendent édulcorée, dans laquelle on mit successivement de demi-gros à un gros et demi de nitre par pinte; puis on y substitua une décoction de chiendent ferrée miellée, et enfin la décoction blanche dans les derniers jours. On ordonna aussi quatre

bains de vapeur du 20 au 24 octobre, dans l'intention de dissiper l'œdème.

Ouverture du cadavre trente-quatre heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable que la maigreur, qui était extrême.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable; substance corticale du cerveau plus ferme qu'à l'ordinaire; substance médullaire légèrement jaunâtre; deux petites cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. Le reste parfaitement sain.

Poitrine. Poumons libres et assez volumineux; le lobe inférieur de celui du côté droit était violacé, donnait par expression une médiocre quantité de fluide écumeux, séro-sanguinolent; le lobe correspondant du poumon gauche n'offrait que les rudimens du même état. Les plèvres ne contenaient que très-peu de sérosité. Le cœur et l'aorte parfaitement sains.

Abdomen. Quelques cuillerées de sérosité dans la cavité de l'abdomen. L'estomac avait un volume médiocre; sa membrane muqueuse était légèrement grisâtre, généralement un peu mince et d'une bonne consistance; celle de l'intestin grêle était blanche, avait l'épaisseur et la fermeté qui lui sont naturelles, offrait, dans ses trois derniers pieds, des cryptes assez nombreuses et plus développées qu'elles ne le sont ordinairement. La membrane muqueuse du gros intestin était pâle, mince et facile à enlever par larges lambeaux jusqu'à l'S romaine, après quoi elle était plus ou moins rouge, épaissie et molle comme du mucus. Les glandes mésentériques saines et pâles. — Le foie

avait, dans toute son épaisseur, une nuance violacée et la fermeté qui lui appartient. La bile de la vésicule était médiocrement visqueuse, couleur orange; les conduits biliaires parfaitement sains. La rate était triplée de volume, extrêmement ramollie, d'une couleur bleu foncé. La substance corticale des reins avait une couleur analogue. Les autres viscères dans l'état naturel.

Cette observation nous semble très-remarquable, soit par rapport à la bénignité des symptômes, soit relativement à l'état des organes. Si l'on n'a pu déterminer pendant la vie quels étaient les viscères malades, on ignore encore après la mort ceux auxquels on doit rapporter les symptômes observés, et l'on est porté à croire qu'ici, comme dans les cas précédens, une cause inconnue, indépendante de l'état apparent des organes, a donné lieu à la plupart des symptômes et amené consécutivement la mort.

Pendant le cours de l'affection, en effet, et dans les cinquante jours que le malade passa à l'hôpital de la Charité, la respiration fut naturelle, à peine accélérée, la toux rare, l'état du pouls peu alarmant, les symptômes gastriques sans importance, les selles régulières jusque dans les six derniers jours de l'existence, de manière que jusque-là, bien que le malade dépérît à vue d'œil, aucun de ses organes ne paraissait profondément altéré : et à l'ouverture du cadavre, on trouva, pour toute lésion, un ramollissement très-marqué de la membrane muqueuse de l'S du colon et du rectum, avec rougeur et ramollis-

sement analogue de la rate, dont le volume était considérablement augmenté.

Il ne viendra sans doute à l'esprit de personne d'attribuer les symptômes qui ont devancé la diarrhée à une inflammation latente de la membrane muqueuse du rectum et de l'S du colon, et nous ne nous arrêterons pas à cette supposition : mais il nous semble infiniment probable, comme nous l'avons fait remarquer dans la première observation , qu'il est arrivé ici ce qui arrive si souvent dans les dernières périodes des maladies chroniques dont la fin est précipitée par le concours de quelqu'inflammation aiguë, et ordinairement de la membrane muqueuse de l'intestin. Et comme alors cette dernière affection ne saurait être regardée que comme un épiphénomène de la maladie principale, nous pensons qu'il doit en être de même relativement à l'observation qui nous occupe, et que l'individu qui en est l'objet aurait fini par succomber, indépendamment de la colite des derniers jours. Resterait donc pour l'explication des symptômes antérieurs à la diarrhée, la lésion de la rate. Mais en admettant, ce qu'on ne saurait nier, que cette lésion ait donné lieu à un certain ordre de symptômes, comme jusqu'ici on ignore quels ils sont, on ne sait pas non plus à quelle époque de la maladie cette lésion a pris naissance, si elle a débuté avec elle ou seulement dans une période plus ou moins avancée de son cours, et dès-lors on ne saurait rejeter l'existence d'une cause générale quelconque, appréciable seulement par ses effets.

Quoi qu'il en soit de ces réflexions, il est remarquable que dans cette observation, comme dans la

seconde et dans les deux premières du précédent mémoire, on n'a pu, soit pendant la vie, soit après la mort, assigner avec certitude l'organe à l'affection duquel il fallait rapporter les symptômes observés; que ces symptômes étaient généraux; que le viscère le plus profondément altéré était la rate, et qu'il conviendrait, dans des circonstances analogues, de soupçonner qu'elle est le siége de quelque lésion. Nous insistons sur ce point, parce que tout, ou presque tout, est douteux dans l'histoire de la rate, et que si l'on parvient un jour à jeter quelque lumière sur ce sujet, ce ne sera que par des observations exactes qui se présenteront peut-être rarement, et par une analyse rigoureuse des symptômes qu'elles offriront.

DU TÉNIA,

ET

DE SON TRAITEMENT,

AU MOYEN DE LA POTION DE M. DARBON.

Les remèdes les plus vantés contre le ténia doivent leur réputation à des succès ; mais ces succès sont si peu soutenus et les substances au moyen desquelles on les obtient sont si actives, qu'on a toujours fait des vœux pour que l'art possédât quelque moyen à-la-fois plus sûr et moins dangereux. Ce vœu nous paraît rempli par la potion de M. Darbon, laquelle semble réunir, comme nous le verrons bientôt, le double avantage de la certitude et de la sécurité.

Pour constater d'une manière authentique, en quelque sorte, l'efficacité du nouveau remède qu'il emploie depuis plusieurs années, M. Darbon désirait l'administrer en présence d'un certain nombre de médecins des hôpitaux de Paris. Il s'adressa, dans ce but, à ceux de l'hôpital de la Charité : sa proposition fut accueillie, on fit disposer convenablement un certain nombre de pièces dans cet hôpital, et huit personnes atteintes du ténia y furent conduites le 6 mai 1824. A sept heures du matin, en présence de

MM. Lerminier, Chomel et Fouquier, elles prirent la potion anthelmintique dont il s'agit ; et afin d'éloigner tout soupçon de supercherie, plusieurs élèves de la maison se chargèrent de surveiller les malades tout le temps que durerait l'effet du remède. On me proposa de suivre l'expérience dans tout son cours, et comme il ne pouvait s'offrir une meilleure occasion d'étudier les accidens que peut produire le ténia, je recueillis avec soin l'histoire des dix malades dont il s'agit et qui font l'objet des observations suivantes.

Tous ces malades ayant évacué en assez peu de temps un ou plusieurs vers plats, on pouvait légitimement conclure de ce fait en faveur du nouveau remède. Néanmoins, dans le dessein de produire un nouveau degré de conviction, M. Darbon a imaginé de soumettre, quatre mois plus tard, les personnes qui avaient déjà pris son remède, à une nouvelle expérience, qui devait en quelque sorte être la preuve de la première ; c'est-à-dire, de leur administrer une seconde fois ce même remède, tandis que des individus qui ne l'avaient pas encore pris, le recevraient, tiré de la même bouteille. Si la potion avait déterminé, quand elle fut donnée pour la première fois, l'expulsion complète du ténia, elle devait rester sans effet sur les premiers malades, et être suivie de la sortie du ver chez les autres ; ce qui est arrivé. Cette seconde expérience fut faite les 9 et 30 septembre dernier. Deux nouveaux malades prirent la potion anthelmintique pour la première fois, et leur histoire fait l'objet des IXe et X^e observations.

Ire Observation.

Une femme, âgée de dix-neuf ans, d'une constitution assez forte, d'une petite taille, ayant été très-sujette aux vers dans son enfance, rendait fréquemment depuis lors des anneaux de ténia. Sa santé n'en avait pas été sensiblement altérée jusqu'à l'âge de seize ans; mais à cette époque, ayant pris une potion purgative, elle rendit plusieurs aunes d'un ver plat, et eut, peu de jours après, une perte qui dura trois à quatre mois, accompagnée de crachement de sang, de diarrhée, de coliques, et de douleurs dans l'hypochondre gauche. Elle maigrit beaucoup; mais, ces accidens passés, elle recouvra son embonpoint et ses forces, ou du moins à peu de choses près, n'ayant plus que quelques coliques à des intervalles éloignés. Les mêmes symptômes reparurent chaque année, à-peu-près à la même époque, pendant le même temps, et la malade rendait presque tous les jours des fragmens de ténia, quelquefois même dans l'intervalle des selles. Son appétit devint très-inégal, et depuis deux ans elle était obligée de manger très-souvent, de la viande surtout, les autres mets ne pouvant la rassasier; la digestion était pénible, et si elle tardait à satisfaire son appétit, elle éprouvait dans l'abdomen une sensation incommode qu'elle comparait à des soubresauts. Elle avait souvent du prurit au pourtour de l'anus, et depuis trois ans des bourdonnemens d'oreille assez fréquens, des maux de tête.

quelquefois des engourdissemens et de la faiblesse dans les membres. D'ailleurs, point de démangeaison à l'extrémité du nez, point de dévoiement, si ce n'est à l'époque des pertes.

On avait essayé beaucoup de remèdes, entre autres celui de Nouffer, la térébenthine, etc., et toujours sans soulagement bien marqué.

Le jour où nous observâmes la malade, elle offrait les apparences de la santé, n'avait ni céphalalgie ni douleurs dans l'abdomen; l'appétit était vif, la langue un peu villeuse, les pupilles dans l'état naturel; il n'y avait de prurit ni au nez ni au pourtour de l'anus. Immédiatement après la potion elle sentit un léger dégoût, qui ne dura que quelques minutes, sans éprouver la moindre colique; et comme elle n'avait pas encore eu de selles deux heures après-midi, on lui donna un lavement simple, qui détermina la sortie d'un grand nombre de fragmens de ténia. Au milieu d'eux se trouvait un petit cordon aplati, d'un millimètre de large environ, terminé, à l'une de ses extrémités, par une saillie sur laquelle se trouvaient trois points noirs disposés en triangle. Un second lavement détermina encore l'évacuation d'un nombre très-considérable d'anneaux, sans tête.

Le 9 septembre suivant, la malade fut soumise à la seconde épreuve. La potion n'excita ni dégoût ni coliques, et n'eut d'autre effet que de déterminer l'évacuation de quelques matières excrémentitielles, sans ver. Alors cette femme jouissait de la plus parfaite santé, assurait que trois jours après l'expulsion du ténia son appétit, devenu régulier, avait été moins considérable qu'auparavant; que ses forces, un peu diminuées

lorsque nous la vîmes pour la première fois, s'étaient promptement rétablies; que les maux de tête et les douleurs dans les membres avaient complètement disparu. Elle était devenue enceinte, et n'avait pas éprouvé de nouvelle perte.

IIe Observation.

Une femme, âgée de trente-cinq ans, d'un caractère vif et emporté, rendait presque à chaque selle, depuis quatre ans, des morceaux de ténia. Dès la même époque, diminution de l'appétit, amaigrissement, douleurs fréquentes dans la fosse iliaque du côté droit et bientôt à l'épigastre; prurit au pourtour de l'anus et à l'extrémité du nez, quelquefois insupportable; souvent aussi sensation incommode dans l'abdomen, comparée à celle qui serait produite par une secousse intérieure; céphalalgie, douleurs dans les membres, insomnie. Ces douleurs, plus ou moins fortes et prolongées, revenaient à-peu-près tous les huit jours. A ces divers symptômes s'étaient joints, depuis deux années, des bourdonnemens d'oreille; la vue s'était affaiblie et se fatiguait de la moindre application. Les règles n'avaient pas cessé de venir au temps et de la manière accoutumés; il n'y avait eu ni nausées, ni vomissemens, ni diarrhée. Plusieurs remèdes, et entre autres celui de Nouffer, avaient été employés dès le début, sans succès: presque tous avaient fait rendre des fragmens assez considérables de ténia; mais les symptômes, et surtout les douleurs de ventre, n'avaient que

peu ou point diminué; les matières excrémentitielles avaient toujours été accompagnées d'un plus ou moins grand nombre de fragmens de ver, fragmens plus nombreux après le bain, au printemps et quand la malade mangeait des huîtres, que dans toute autre circonstance.

Le 7 mai, cette femme était peu affaiblie, sans appétit, avait la langue un peu rouge sur ses bords, blanche et villeuse au centre, l'épigastre un peu douloureux, du prurit aux narines et au pourtour de l'anus, des douleurs contusives dans les membres, les pupilles dans l'état naturel. Elle prit la potion avec un peu de dégoût, et n'éprouva qu'un léger sentiment de pesanteur à l'épigastre sans coliques. Vers midi deux selles amenèrent beaucoup d'articulations de ténia, séparées ou réunies en plus ou moins grand nombre, de la longueur d'une à six lignes, et même plus. Parmi ces débris de ver se trouvait une sorte de filament très-étroit, de la longueur de trois quarts de pouce, à l'extrémité duquel nous ne pûmes découvrir la tête.

A dater de ce jour la malade cessa d'observer des anneaux de ténia dans les évacuations alvines; mais comme il lui restait encore quelques douleurs de ventre, elle ne voulut pas subir la seconde épreuve.

IIIe Observation.

Une femme, âgée de trente ans, d'une constitution médiocrement forte, avait une mauvaise santé depuis

dix ans, et rendait fréquemment depuis dix-huit mois des morceaux de ténia. Elle étoit sujette depuis la première époque à des accès d'hystérie qu'elle attribuait à de vives frayeurs ; ses règles avaient beaucoup diminué depuis sept ans, duraient à peine une demi-journée, souvent précédées ou suivies d'une abondante hémoptysie. Dès l'époque à laquelle on aperçut les premiers fragmens du ver, l'appétit devint irrégulier, quelquefois nul ou très-déprimé, quelquefois très-considérable, et alors la malade était obligée de manger à chaque instant : l'épigastre fut souvent le siége d'une douleur lancinante et piquante, la digestion difficile, à moins que l'appétit ne fût très-vif ; il y eut de fréquentes coliques dans toute l'étendue de l'abdomen, beaucoup de prurit au pourtour de l'anus, à l'extrémité du nez, quelquefois même à tout le cuir chevelu ; souvent encore la malade rendit, dans l'intervalle des selles, des fragmens de ténia. Elle avait pris le 9 juillet de l'année dernière le remède de Nouffer, qui avait procuré l'évacuation de plusieurs aunes de ver, et amené une amélioration peu considérable ; les douleurs avaient continué, quoique moins fortes, et bientôt les autres symptômes avaient reparu avec la même intensité qu'auparavant. La malade maigrissait depuis deux ans.

Le jour où la potion anthelmintique lui fut administrée, elle avait des malaises, la bouche pâteuse et amère, peu d'appétit ; mais elle n'éprouvait de douleurs ni à l'épigastre ni dans le reste de l'abdomen (elle avait beaucoup souffert la veille, et quatre jours avant l'hémoptysie avait été abondante) ; les pupilles étaient dans l'état naturel, il n'y avait aucune espèce de prurit.

La potion ne fut suivie d'aucun malaise. Une première selle, provoquée par un lavement simple, amena plusieurs pieds d'un ténia légèrement verdâtre, formé d'articulations d'une demi-ligne à deux lignes de haut, sur une largeur à-peu-près égale. Parmi les fragmens qui furent successivement évacués, on en trouva sept qui étaient très-minces, et terminés, chacun, par un renflement triangulaire : c'était la tête d'autant de ténias.

Quatre jours après, la douleur à l'épigastre avait entièrement disparu, il n'y avait de prurit ni à l'extrémité du nez ni au pourtour de l'anus, l'appétit était revenu à son état naturel, et pendant les quatre mois qui suivirent, les règles, plus abondantes, reparurent à leur époque ordinaire et sans hémoptysie : la malade reprit plus de fraîcheur et d'embonpoint. Elle était extrêmement satisfaite de sa situation quand elle revint le 9 septembre se soumettre à la seconde épreuve, et ne désirait rien que la continuation de l'état dans lequel elle se trouvait. La potion ne produisit que l'évacuation de quelques matières excrémentitielles, sans fragmens de ténia.

IVe Observation.

Un employé de Versailles, d'une petite taille et d'une constitution peu forte, fait prisonnier de guerre en Espagne en 1812, fut conduit en Angleterre, où il resta plusieurs années. Depuis lors il rendait presque

journellement quelques anneaux de ver solitaire : l'appétit avait peu varié, la digestion était restée facile, il n'y avait point eu de douleur à l'épigastre. Les coliques, ordinairement rares, étaient devenues très-fortes en 1823, et n'avaient pas été suivies de diarrhée : d'ailleurs point de dégoût, de nausées ou de vomissemens, de prurit au pourtour de l'anus ou à l'extrémité du nez : l'amaigrissement avait été peu sensible. Depuis douze ans aussi le malade toussait d'une manière continue ; la dyspnée, quoique légère, était constante ; il y avait eu quelques hémoptysies, et ces symptômes, qui annonçaient le développement de tubercules dans les poumons, étaient confirmés par l'auscultation. La toux avait un peu augmenté depuis six mois, et dès-lors le malade avait éprouvé plus ou moins de céphalalgie et quelquefois des douleurs dans les membres. A l'exception d'une dose d'huile de ricin, qui n'avait produit aucun effet, il n'avait pris aucune espèce de médicamens.

Le 7 mai la figure était un peu fatiguée, la langue naturelle, l'appétit modéré, le ventre indolent, les pupilles d'une largeur convenable, il n'y avait aucune espèce de prurit. La potion fut à peine suivie d'un léger malaise, et le malade rendit, sans le secours des lavemens, plusieurs aunes d'un ténia dont les articulations de toute longueur, depuis dix lignes jusqu'à une demi-ligne et même moins, allaient en décroissant d'une extrémité à l'autre. Plusieurs articulations séparées furent encore rendues à la suite de quelques lavemens simples, sans qu'on ait pu trouver la tête du ver.

Quelques jours après, il y eut un soulagement

marqué, la respiration devint plus facile, la toux moins fréquente; les forces se rétablirent. Cette amélioration continuait encore au moment de la seconde épreuve, bien que la malade eût éprouvé des chagrins cuisans : c'était le 30 septembre dernier. La potion n'eut d'autre effet que de produire des évacuations alvines sans amener le moindre fragment de ténia.

Ve Observation.

Un suisse du canton de Vaud, d'une taille moyenne et d'une constitution très-forte, rendit au mois de juillet 1823 et dans les premiers jours d'avril de la même année, à la suite de deux purgatifs, plusieurs aunes de ténia. Dans les six mois qui avaient précédé il avait eu des vomissemens fréquens, et depuis le premier purgatif ces vomissèmens n'avaient eu lieu que quand il mangeait des carottes qu'il aimait beaucoup, et qui avaient été jusque-là sans inconvénient pour lui : l'appétit n'avait pas varié; la digestion, si l'on en excepte les trois dernières semaines, avait toujours été facile. Cependant le malade se plaignait d'avoir fréquemment, depuis quinze mois, des borborygmes; et quelques jours avant le dernier purgatif il avait éprouvé, à deux reprises différentes, de très-violentes coliques, qui n'avaient été suivies d'aucune évacuation. Depuis un an il éprouvait de fréquentes douleurs dans les reins, beaucoup de prurit aux narines

et au pourtour de l'anus, et, tous les matins un sentiment de faiblesse dont il ignorait la cause.

Le 7 mai, ce jeune homme offrait toutes les apparences de la meilleure santé, n'éprouvait ni douleur, ni prurit dans aucune partie du corps, et ses pupilles étaient de grandeur naturelle. Peu après avoir pris la potion, il accusa un sentiment de pesanteur incommode à l'hypogastre et de liberté dans la région de l'estomac; il n'eut ni dégoût ni coliques, et comme il n'avait pas encore eu d'évacuation à une heure et demie, on lui donna un gros de rhubarbe. Une heure après il rendit, au milieu d'une assez grande quantité de matières fécales, plusieurs pieds d'un ténia dont les plus grandes articulations avaient de six à sept lignes de largeur et trois-quarts de ligne de hauteur : elles étaient fort étroites à l'une des extrémités. Quelque soin qu'on mît à examiner le produit de cette première évacuation et de celles qui la suivirent, on ne put découvrir la tête du ver.

Dès-lors le malade n'eut ni borborygmes ni douleurs dans les reins; les coliques ne se renouvelèrent pas, il n'eut plus de démangeaison au pourtour de l'anus ou aux narines, les carottes furent parfaitement bien digérées, le sentiment de faiblesse qui existait le matin disparut, et le jour où nous le revîmes pour la contre-épreuve, sa physionomie animée était encore meilleure qu'à l'époque où il prit le remède pour la première fois. Comme chez les autres sujets, la potion n'eut ici qu'un simple effet évacuant, et ne détermina la sortie d'aucun fragment de ténia.

VI[e] Observation.

Un tourneur en bois, habitant Versailles, d'une petite taille et d'une assez forte constitution, rendit, il y a neuf ans environ, à la suite d'un purgatif dont il faisait assez fréquemment usage (pilules de Clérembourg), plusieurs anneaux de ténia. Depuis lors il en avait remarqué presque journellement au milieu des selles, quelquefois même il en avait trouvé dans ses vêtemens, et assurait en avoir rendu quatre-vingts aunes, il y a quatre ans, à la suite du remède de Nouffer. Alors il avait passé quelques mois sans apercevoir de fragmens de ténia dans les évacuations alvines; mais le soulagement fut de peu de durée. Bientôt il essaya de nouveaux moyens, et huit mois avant de se soumettre au traitement de M. Darbon, il était encore retourné au remède de Nouffer, dont il avait pris une double dose, sans succès. Depuis deux ans l'appétit avait diminué, le malade éprouvait une pesanteur incommode à l'épigastre après le repas, des coliques presque journalières, sans le moindre changement dans la consistance et le nombre des selles, sans nausées et sans vomissemens. Le prurit à l'anus était continuel et avait devancé les autres symptômes, il n'y avait eu ni céphalalgie ni prurit nasal, la vue et l'ouïe étaient restées intactes; mais le sujet se plaignait d'éprouver presque continuellement depuis quatre années des fatigues dans

les membres, d'avoir perdu la meilleure partie de ses forces, et de ne pouvoir se livrer que très-imparfaitement à ses occupations.

Le 7 mai, la figure était peu animée, les pupilles dans l'état naturel, l'appétit médiocre, la langue humide, nette et sans rougeur; il n'y avait ni coliques ni prurit à l'anus. Le malade n'éprouva aucune sensation douloureuse après avoir pris la potion, et rendit à une heure et demie plusieurs aunes de ténia et un grand nombre d'articulations séparées, de toute grandeur. Parmi elles se trouvait une espèce de filament très-ténu, terminé par un renflement noirâtre, qui nous parut être la tête du ver.

Deux jours après, l'appétit était redevenu excellent, la digestion facile, il n'y avait plus de coliques ni de douleurs à l'épigastre, les selles étaient dépourvues de fragmens de ver, le sujet n'éprouvait plus de malaise, pouvait se livrer sans interruption à ses travaux. Il était si heureux de sa nouvelle position quand il revint à l'hôpital, le 9 septembre, se soumettre à la contre-épreuve, qu'il lui semblait parfois être revenu à sa première jeunesse : il avait pris un peu d'embonpoint, et l'amaigrissement, qui s'était prononcé dans les six derniers mois de sa maladie, avait promptement disparu. La potion n'eut d'autre effet que de déterminer la sortie de quelques matières excrémentitielles, sans produire ni malaise ni coliques.

VIIe Observation.

Un mâçon de Pantin, âgé de quarante-un ans, un peu replet, d'une petite taille, d'une constitution forte, rendait depuis dix années, au printemps surtout, des fragmens de ver solitaire. Dans l'année 1819, à la suite d'un purgatif, il en avait évacué la longueur de plusieurs pieds, avait éprouvé dès-lors un peu de soulagement, et pendant l'espace de deux mois il n'y eut pas d'anneaux de ténia dans les matières excrémentitielles. Son appétit et sa digestion n'avaient pas cessé d'être réguliers; mais du moment où il avait aperçu les premiers anneaux du ver, il avait éprouvé de l'étouffement et des douleurs piquantes à l'épigastre, dès qu'il était un peu trop long-temps à jeun. Quelquefois aussi, dans des circonstances variées, il avait eu des douleurs à l'hypogastre. Le prurit à l'anus existait depuis le début, toujours proportionné au nombre d'anneaux rendus, et par cette raison plus considérable au printemps qu'à toute autre époque de l'année. Outre ces anneaux mêlés aux produits des selles, il en tombait encore assez fréquemment dans les vêtemens du malade. D'ailleurs jamais de céphalalgie, de douleurs dans les membres, de diarrhée, d'altération de la vue; point d'amaigrissement, et il n'y avait eu que très-rarement un peu de prurit à l'extrémité du nez.

Le 7 mai le malade offrait tous les dehors de la santé; sa coloration semblait naturelle, ses pupilles.

avaient une grandeur convenable ; il n'avait de prurit nulle part, de douleurs dans aucun point; sa langue était parfaitement nette et humide. Il n'éprouvait habituellement que de légères incommodités, assurait n'être venu se faire traiter que pour céder aux instances de sa femme, et aussi parce qu'il lui semblait que son ver changeait de place. Un quart-d'heure après avoir pris la potion, il sentit, pendant vingt minutes environ, des douleurs à l'hypogastre, et rendit vers une heure au moins deux cents articulations séparées de ténia. Parmi elles se trouvaient des bandelettes étroites et longues, à l'extrémité desquelles nous ne pûmes néanmoins trouver la tête du ver.

Le malaise que le malade éprouvait à l'épigastre quand il était quelque temps à jeun, cessa quinze jours après l'administration du remède : dès-lors point de prurit, point de douleurs à l'hypogastre; le teint fut encore plus vermeil que de coutume; et quand nous vîmes le sujet le 9 septembre, sa figure nous sembla plus pleine qu'auparavant. La potion ne lui causa pas la moindre colique, et les selles qui en furent le résultat ne contenaient pas de fragment de ver.

VIIIe Observation.

Un enfant de douze ans et demi, d'une constitution forte, et fils du malade qui fait l'objet de la précédente observation, avait, depuis quinze mois, du prurit autour de l'anus, des coliques assez fréquentes,

des picotemens à l'épigastre et rendait souvent, soit au milieu des évacuations alvines, soit dans leur intervalle, des anneaux de ténia; quelquefois aussi des vers ronds. La digestion avait été difficile par intervalles, mais il n'y avait pas eu d'amaigrissement, de diminution de l'appétit, de céphalalgie, de prurit nasal, de crampes, de douleurs dans les membres, ni de diarrhée.

Le 7 mai, quand nous vîmes cet enfant, nous lui trouvâmes un teint excellent, la langue nette et humide, les pupilles dans l'état naturel; il n'avait de prurit dans aucun point, et paraissait jouir d'une excellente santé. Un quart-d'heure après avoir pris la potion, il eut, pendant quelques minutes, des douleurs à l'hypogastre. A onze heures, n'éprouvant encore aucun besoin d'aller à la selle, on lui fit prendre une seconde dose de la potion, mais elle fut rejetée en partie. Trois lavemens simples, animés avec un peu de sel, lui furent successivement donnés, et bientôt il rendit un grand nombre d'articulations de ténia, et, avec elles, une espèce de bandelette longue et très-étroite, terminée par un renflement sur lequel se trouvaient trois points noirâtres.

Dès-lors les symptômes indiqués disparurent complètement, et quand, au mois de septembre, le sujet vint subir la contre-épreuve, il avait un peu plus d'embonpoint, et ses couleurs étaient encore plus fraîches qu'auparavant. Il n'avait pas évacué depuis le mois de mai d'anneaux de ténia; il n'en rendit pas non plus le 7 septembre, à la suite de la potion anthelmintique, dont tout l'effet se borna à l'évacuation de quelques matières fécales.

IXe Observation.

Un homme âgé de soixante-quatorze ans, d'une constitution un peu délicate, sujet à des douleurs articulaires depuis trente ans, s'aperçut au mois de juin dernier, en allant à la selle, qu'il rendait des fragmens de ténia. Depuis quinze mois l'appétit avait sensiblement augmenté, des coliques fortes et fréquentes s'étaient fait sentir, mais il n'y avait point eu de diarrhée; le malade avait un peu maigri, ses digestions étaient devenues laborieuses depuis sept mois; d'ailleurs ni prurit, ni céphalalgie ni douleurs dans les membres.

Le 9 septembre, jour où plusieurs des malades qui font le sujet des observations précédentes étaient soumis à la contre-épreuve, il prit sa part de la potion qui leur avait été administrée. Ses pupilles étaient dans l'état naturel; il paraissait un peu fatigué, mais il ne nous offrit aucun symptôme digne d'attention. Une heure après avoir pris le remède, il sentit de l'embarras dans le ventre, se plaignit de coliques sourdes à l'hypogastre, et, trois-quarts d'heure plus tard, il eut une selle copieuse qui entraîna un grand nombre d'articulations de ténia. Parmi elles se trouvait une bandelette longue de trois pouces, extrêmement étroite, et terminée à l'une de ses extrémités par un renflement sur lequel on distinguait trois points noirâtres disposés en triangle. Les articulations, presque toutes séparées, étaient de diverses

grandeurs, avaient d'une demi-ligne à huit lignes de hauteur.

Xe Observation.

Un ouvrier, âgé de quarante-neuf ans, gros et court, d'une constitution assez forte, demeurant à Bavot, près Lisy, se plaignait d'avoir la santé plus ou moins chancelante depuis dix ans, rendait presque journellement, depuis cette époque, des anneaux de ténia, soit en allant à la selle, soit dans l'intervalle des évacuations alvines. Il en avait évacué à différentes reprises des fragmens de plusieurs aunes, sans jamais avoir éprouvé de prurit à l'anus. Il avait eu de fréquentes douleurs dans la fosse iliaque du côté droit; l'appétit avait sensiblement diminué, les garde-robes étaient restées parfaitement régulières; il se plaignait aussi d'avoir très-souvent, tous les huit jours environ, depuis dix ans, des douleurs dans les membres, assez considérables pour l'empêcher de travailler. Elles avaient beaucoup augmenté depuis quatre ans, des crampes s'y étaient jointes dans la dernière année, le malade avait perdu de ses forces, et c'est sur-tout dans le dessein de mettre un terme à ses douleurs et à sa faiblesse qu'il était venu à Paris prendre la potion anthelmintique de M. Darbon: d'ailleurs jamais de céphalalgie, de diarrhée, de douleurs à l'épigastre.

Le 30 septembre dernier il prit la potion indiquée. L'appétit était très-médiocre, la langue un peu pâle,

la physionomie sans altération ; les forces sensiblement diminuées, les selles parfaitement régulières. Une demi-heure après il eut quelques coliques bientôt suivies d'une petite évacuation alvine dépourvue de fragmens de ver. A cette première évacuation en succédèrent d'autres sollicitées par des lavemens, au milieu desquelles se trouvait un grand nombre d'anneaux de ténia de toutes les longueurs, puis plusieurs bandelettes d'une demi-ligne de large, formées par la réunion de plusieurs articulations extrêmement petites : l'une d'elles était terminée par un renflement noirâtre, et un peu avant ce renflement, que nous considérâmes comme la tête du ver, le cou s'amincissait d'une manière très-sensible dans la longueur d'un demi-pouce environ.

RÉSUMÉ.

La simple exposition des faits suffirait pour justifier ce que nous avons dit au commencement de ce mémoire sur l'efficacité du nouveau remède. Nous y reviendrons néanmoins tout-à-l'heure d'une manière plus spéciale, quand nous aurons passé en revue les symptômes éprouvés par les malades, et indiqué leur importance relative par rapport au diagnostic.

Plusieurs des sujets dont nous avons donné l'histoire étaient dans l'aisance ; tous faisaient habituellement usage d'une bonne nourriture, après comme avant l'apparition des premiers symptômes qui tenaient à l'existence du ténia. L'un d'eux rendit les premiers fragmens du ver au moment où il fut fait prisonnier en Espagne, et alors il n'avait quitté la

France que depuis quelques mois. Si dans ce cas la mauvaise nourriture n'a pu avoir d'influence sur les premiers développemens du ténia, on pourrait lui en attribuer une plus ou moins grande sur son développement ultérieur; mais la chose nous paraît bien douteuse, et notre proposition n'en reste pas moins exacte.

L'âge des sujets variait de douze à soixante-quatorze ans. Tous, à l'exception de deux (Obs. IV et IX), étaient d'une bonne constitution et rarement malades avant l'apparition du ténia, faisaient remonter le début de leurs diverses incommodités au moment où ils avaient aperçu les premiers anneaux du ver; leur genre de vie était assez actif, en sorte qu'on ne pouvait attribuer leur maladie ni à la mauvaise qualité des alimens, ni à l'âge, ni à la faiblesse de leur constitution, ni aux maladies antérieures, ni à la vie sédentaire. Un ténia existait, avait donné lieu à des accidens variés; on ne savait rien au-delà.

La plupart des malades évacuaient des fragmens de ce ver depuis un grand nombre d'années, neuf, dix, douze ans, ou même depuis leur plus tendre jeunesse; trois d'entre eux depuis quinze mois, dit-huit mois, un an (Obs. VIII, III, V), et un quatrième depuis trois mois seulement. Ils en rendaient presque tous les jours, quelquefois même dans l'intervalle des selles, et alors ils en trouvaient des anneaux dans leurs vêtemens ou dans leur lit (Obs. I, III, VII, VIII, X). Une seule personne (Obs. V) n'avait eu que deux évacuations accompagnées de ténia, et toutes deux provoquées par des purgatifs.

A deux exceptions près, les malades ne faisaient re-

monter le début des accidens qu'à l'époque à laquelle ils avaient observé les premiers fragmens du ver; et ces exceptions appartiennent à ceux des sujets dont la maladie était, ou du moins semblait être, la plus récente (Obs. v, ix). Ceci pourrait porter à croire que la plupart des individus n'ont fait remonter les premiers symptômes du ténia à l'époque à laquelle ils en ont vu des anneaux dans leurs selles, que parce qu'ils avaient oublié ce qui avait eu lieu auparavant.

Aucune des personnes soumises au traitement n'était demeurée exempte de quelque dérangement dans ses fonctions; mais ces dérangemens, très-faibles chez les unes, étaient assez considérables chez les autres pour qu'elles cherchassent avec empressement tous les moyens capables de les en débarrasser. Ces personnes avaient déjà subi, et sans succès, plusieurs espèces de traitemens.

Les principaux symptômes étaient des coliques, des douleurs de ventre d'un caractère varié, le prurit au pourtour de l'anus et à l'extrémité du nez, un dérangement plus ou moins marqué des digestions et de l'appétit, des douleurs à l'épigastre, rarement la céphalalgie, souvent au contraire des douleurs, des lassitudes dans les membres; en sorte que plusieurs malades ne se livraient que bien imparfaitement depuis plusieurs années à leurs occupations, et étaient forcés de les interrompre quelquefois.

Le plus fréquent de ces symptômes était *la douleur de ventre*. Elle existait chez tous les malades, mais à des degrés très-différens, tantôt sous forme de colique, tantôt avec un caractère difficile à bien apprécier. Cette dernière espèce de douleurs avait

son siége dans les flancs, et, comme les coliques, elle était intermittente, revenait à des intervalles plus ou moins rapprochés. Celles-ci étaient plus ou moins générales, et ordinairement très-fréquentes. Néanmoins un des malades (Obs. v) n'eut de coliques qu'à deux reprises, mais violentes, et seulement quelques jours avant de prendre la potion. Ces coliques n'étaient point accompagnées ni suivies de diarrhée. Un seul cas fait exception, et est relatif à une femme qui avait tous les ans, depuis quatre années, une perte considérable, et, avec des coliques, des évacuations alvines nombreuses et liquides.

Après les douleurs de ventre vient, dans l'ordre de la fréquence des symptômes, *le prurit au pourtour de l'anus*. Nous ne l'avons vu manquer que dans trois cas, et, ce qui peut-être causera quelque surprise (Obs. x), chez un malade qui rendait presque journellement des anneaux de ténia, même dans l'intervalle des selles. Ce fait, tout singulier qu'il paraisse, n'a cependant rien de plus extraordinaire que l'insensibilité au chatouillement, qu'on observe chez un grand nombre de personnes.

Le *prurit à l'extrémité du nez* était plus rare et a manqué dans les trois cinquièmes des cas, une fois seulement dans un de ceux où la démangeaison au pourtour de l'anus n'existait pas; en sorte que ce cas est le seul dans lequel il n'y ait pas eu de prurit dans l'un ou l'autre point.

L'*appétit*, généralement augmenté depuis plusieurs mois chez un des sujets (Obs. ix), n'avait pas subi d'altération sensible chez d'autres (Obs. iv, v, vii, viii), tandis que chez le reste des malades il était

habituellement déprimé ou sujet à des alternatives d'augmentation et de diminution, quelquefois considérables (Obs. I, III). Il était difficile à satisfaire, obligeait à manger très-fréquemment dans quelques cas ; et ces cas, il faut le remarquer, sont relatifs à des femmes. L'une d'elles ne pouvait se rassasier momentanément avec d'autres mets que la viande.

C'est encore chez les femmes, et uniquement chez elles, qu'on observait d'assez vives *douleurs à l'épigastre* (Obs. II, III). On pouvait, dans un des cas, les attribuer à la violence des remèdes qui avaient été employés, ou du moins croire qu'ils y avaient beaucoup contribué (Obs. II), puisque ces douleurs avaient persisté après l'expulsion du ver : dans l'autre elles étaient le résultat de sa présence dans le canal intestinal, et ont cessé après son évacuation. Un troisième malade se plaignait d'éprouver de la pesanteur à l'épigastre après le repas ; les autres n'avaient point de sensation pénible dans cette partie.

Un seul eut des *vomissemens* assez nombreux dans les six mois qui précédèrent l'époque à laquelle il rendit les premiers fragmens de ténia (Obs. V). Après quoi ces vomissemens devinrent plus rares, ne se renouvelèrent que quand le malade mangeait des carottes qu'il aimait beaucoup, et qu'il avait mangées sans inconvénient jusque-là. Ce symptôme disparut, comme nous l'avons dit, après l'expulsion complète du ver.

La *céphalalgie* était rare. Elle existait depuis six mois chez un individu qui avait des tubercules pulmonaires, et dont la toux avait très-sensiblement augmenté depuis la même époque ; on pouvait par

cette raison la rapporter en grande partie à cet excès de toux ; mais elle semblait dépendre de la présence du ténia chez les deux femmes qui font l'objet des premières observations, et qui se plaignaient de maux de tête depuis deux et quatre années.

Le plus grand nombre des malades éprouvait depuis long-temps des *douleurs*, des *lassitudes*, quelquefois des *crampes dans les extrémités.* Ces douleurs et ces lassitudes étaient parfois assez considérables pour les obliger à suspendre leurs travaux ; plusieurs ne s'y livraient qu'avec peine, et cette raison, plus qu'aucune autre, les déterminait à essayer un nouveau remède.

Aux symptômes dont il vient d'être question, s'était joint, dans la plupart des cas, un certain degré d'*amaigrissement.* Il n'était considérable dans aucun, et n'avait commencé qu'une ou plusieurs années après l'apparition des premiers fragmens de ténia, si l'on en excepte un cas où il remontait à une époque un peu antérieure ; encore ne s'était-il montré alors que postérieurement aux douleurs de ventre (Obs. IX).

Les femmes ont accusé quelques *bourdonnemens d'oreilles.* L'une d'elles (Obs. II) se plaignait d'avoir eu quelquefois la vue un peu obscurcie ; mais chez tous les malades la *pupille* était dans l'état naturel. Ce fait, quoique négatif, n'en est pas moins remarquable ; car s'il n'est pas la preuve que la dilatation de la pupille ne soit jamais un des symptômes qui résultent de la présence du ténia dans les intestins, il indique au moins qu'il n'est pas un des plus fréquens, et que son absence est de bien peu d'importance dans les considérations qui doivent diriger le mé-

decin pour établir le diagnostic de l'affection dont il s'agit.

C'était donc chez les femmes qu'on observait la plus grande variété de symptômes. De plus que les hommes, elles avaient la céphalalgie, des bourdonnemens d'oreilles, quelquefois le trouble de la vue, des douleurs à l'épigastre et une altération ordinairement profonde de l'appétit.

Si la prompte disparition des symptômes que nous venons d'étudier, après l'expulsion du ténia, montre assez quelle en était l'origine, leur fréquence, aussi bien que leur rareté, nous indiquera ceux dont la réunion peut assurer le diagnostic de la maladie, quand on ne découvre pas de traces de ver au milieu des évacuations alvines. Nous venons de voir que tous les malades avaient éprouvé, après, et quelquefois avant la sortie du ténia, des douleurs de ventre, des coliques plus ou moins fortes, quelquefois considérables, répétées à des distances plus ou moins rapprochées; que ces coliques n'étaient suivies ni accompagnées de dévoiement; que, dans presque tous les cas, au contraire, elles étaient accompagnées de prurit au pourtour de l'anus ou aux narines : nous pensons par cela même, que quand des douleurs de ventre, des coliques plus ou moins fortes et fréquentes, mais sans diarrhée, se sont reproduites pendant un certain temps, accompagnées de prurit à l'anus ou à l'extrémité du nez, elles indiquent, d'une manière presque certaine, l'existence d'un ver dans le canal intestinal. Ces symptômes ont par leur réunion quelque chose de très-remarquable; on ne les rencontre tels que dans les affections vermineuses.

on ne les conçoit bien qu'avec elles, double raison de les croire propres à indiquer leur existence.

D'autres symptômes, tels que l'amaigrissement, les douleurs dans les membres, les lassitudes, l'éloignement pour le travail, doivent être remarqués; mais ils ne sont pas aussi fréquens que les premiers, ils n'ont, comme tant d'autres phénomènes nerveux dont est chargée la description des maladies vermineuses, rien de spécial, et par conséquent rien qui puisse leur donner une place parmi les symptômes diagnostiques. Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de complication, quand l'ensemble des symptômes indiqués a lieu, il doit paraître infiniment probable, comme nous l'avons déjà dit, qu'il existe des vers. Mais ces vers seront-ils des ténia? C'est ce que nous ne nous chargeons pas de décider, n'ayant pas recueilli, relativement aux affections vermineuses, de faits autres que ceux dont nous venons de donner l'histoire.

Terminons ce que nous avions à dire par l'exposition du *traitement*. Tous les malades ont pris, sans préparation préalable et à jeun, la potion de M. Darbon, à la dose de huit à dix onces, ou à-peu-près. Cette potion, d'une couleur brunâtre, épaisse et trouble, a paru à quelques malades un peu aigre et d'un goût d'écorce d'orange, tandis que les autres ne lui ont trouvé aucune saveur déterminée; elle n'a produit ni chaleur ni douleur à l'épigastre; un seul malade a eu des nausées peu après l'avoir prise; le petit nombre a senti quelque malaise ou de légères coliques à l'épigastre, et l'un d'eux éprouvait, avec ces dernières, une sensation de légèreté à la région de l'estomac. Les femmes, dont les douleurs de ventre

avaient été souvent très-fortes, n'en ont ressenti aucune, et les malades qui avaient éprouvé, lors de la première épreuve, de légères coliques, n'en ont point eu à la seconde; ce qui semblerait autoriser à les rapporter moins à l'action du médicament qu'au trajet du ténia dans la longueur de l'intestin.

Des évacuations alvines, plus ou moins nombreuses, ont eu lieu trois, quatre et cinq heures, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, après l'administration du remède, et étaient accompagnées d'un plus ou moins grand nombre d'articulations du ténia de toute grandeur. Un seul des malades a eu sa première selle vingt minutes après avoir pris la potion, mais elle n'avait point amené de fragmens de ver. Dans plusieurs cas où les évacuations se faisaient trop long-temps attendre, on les a provoquées au moyen d'un lavement d'eau simple ou animé par une petite quantité de sel.

En même temps que le ténia était expulsé, on retrouvait sa tête, du moins dans la plupart des cas, ce qui, au rapport des auteurs, est très-rare. Ce fait n'est pas indigne d'être remarqué; car en supposant que les médecins dont il s'agit aient mis à la recherche en question toute la patience nécessaire, et qu'ils y aient employé les moyens convenables, on pourrait croire que s'ils échouaient si souvent, c'était sans doute parce qu'ils n'expulsaient le ver que très-incomplètement.

A la seconde épreuve les malades n'éprouvèrent, comme nous l'avons déjà dit, aucune douleur de ventre; quatre mois pour les uns, quatre mois et demi pour les autres s'étaient passés depuis qu'ils

avaient pris la potion anthelmintique pour la première fois, et aucun d'eux n'avait rendu le plus léger fragment de ver. Tous les accidens, sans exception, avaient disparu ; les douleurs de ventre, les coliques avaient cessé, le prurit n'existait plus, l'appétit était redevenu régulier, la digestion facile ; la figure était plus animée, les couleurs plus naturelles et plus fraîches, les forces en bon état, les douleurs et les lassitudes dans les membres complètement dissipées ; ceux des sujets qui ne se livraient depuis plusieurs années que très-incomplètement à leurs occupations, pouvaient s'y livrer tout entiers ; l'amaigrissement avait cessé, et le retour complet à la santé s'était fait sentir deux ou trois jours, très-rarement plus tard, après l'expulsion du ver. Les personnes qui avaient fait usage d'autres remèdes, à plusieurs époques, n'avaient jamais éprouvé un soulagement d'aussi longue durée, et dans aucun cas les symptômes n'avaient complètement disparu.

On peut se demander maintenant de quelle manière agit le remède de M. Darbon ; si c'est seulement comme moyen évacuant, ou tout-à-la-fois comme évacuant et comme ayant une action spécifique sur le ver, dont il détruirait les forces, ou dont il causerait la mort. Dans les trois cas où nos malades ont rendu de longues portions de ténia, ce ver ne nous a paru exécuter aucun mouvement quoique nous l'ayons mis dans l'eau tiède aussitôt sa sortie; mais M. Darbon assure avoir observé quelquefois ces mouvemens dans les mêmes circonstances. Cette espèce d'action spécifique écartée, resterait à savoir si la première existe réellement. Si la question n'est pas susceptible d'une solution ri-

goureuse, il paraîtra du moins très-probable, vu le faible effet purgatif de la potion, qu'elle agit à-la-fois comme évacuant et comme spécifique, quel que soit d'ailleurs le caractère de ce dernier mode d'action.

En dernière analyse, la potion anthelmintique de M. Darbon est prise, dans la plupart des cas, sans répugnance par des personnes d'âge et de sexe différens; elle ne produit que rarement des coliques, et ces coliques sont à peine comparables à celles que détermine le purgatif le plus doux, l'huile de ricin par exemple. Après un temps plus ou moins considérable, qu'on peut abréger au moyen de lavemens simples, elle provoque des évacuations alvines au milieu desquelles on voit des portions plus ou moins longues de ténia, dont il est presque toujours possible de retrouver la tête. Cet effet a constamment lieu, quelle que soit la variété du ver. A la suite de ces évacuations, les accidens disparaissent complètement au bout de quelques jours; les malades reprennent leurs forces et leur embonpoint. Quand après quatre ou cinq mois on leur administre de nouveau la potion qu'ils avaient prise auparavant, elle ne provoque que la sortie de quelques matières excrémentitielles, sans le moindre fragment de ver, et devient ainsi une seconde preuve que la guérison a été parfaite. Aucun des remèdes les plus vantés jusqu'ici contre le ténia n'agit d'une manière aussi douce, aussi constamment efficace, et c'est ce qui nous a fait dire que cette potion réunissait le double avantage de la certitude et de la sécurité.

FIN.

TABLE

DES MATIÈRES.

Ier. MÉMOIRE.

Du Ramollissement avec amincissement, et de la Destruction de la membrane muqueuse de l'estomac. . . . . Pag. 1
Observations relatives à des sujets qui ont succombé. . 2
Résumé général. 48
Etat de la membrane muqueuse de l'estomac. . . . . . *Ib.*
Symptômes. 54
Marche et durée. 61
Diagnostic. 62
Pronostic. 67
Traitement. 68
Causes. 69
Observations relatives à des malades qui ont guéri. . . *Ib.*
Conditions nécessaires pour que les liqueurs fortes et les excitans de toute espèce déterminent une inflammation grave de la membrane muqueuse de l'estomac. . 102
Appendice, ou, de l'État mamelonné de la membrane muqueuse de l'estomac. 110

IIe. MÉMOIRE.

De l'Hypertrophie de la membrane musculaire de l'estomac dans toute son étendue, dans le cancer du pylore. 120
Structure du cancer de l'estomac dans la plupart des cas. 128

IIIe. MÉMOIRE.

De la Perforation de l'Intestin grêle dans les maladies aiguës. . . . . Pag. 156
Observations.. 157
Résumé des sept premières observations. 165
Symptômes diagnostiques de la perforation. 167
Observations dans lesquelles les symptômes diagnostiques manquent en plus ou moins grande partie. 175
Temps écoulé entre les premiers symptômes de la perforation et la mort. 188
Etat anatomique de l'intestin grêle chez les sujets où il est perforé. 197

IVe. MÉMOIRE.

Du Croup chez l'adulte. 203
Observations. 204
Résumé général. 236
Symptômes.. . . . . *Ib.*
Examen anatomique des organes. 239
Diagnostic. 241
Pronostic. . . . . *Ib.*
Parallèle du Croup chez l'enfant et chez l'adulte 242
Causes. 246
Traitement. 250

V^e. MÉMOIRE.

De la Péricardite. 253
Observations. 254
Symptômes diagnostiques de la Péricardite. 273
Importance de la percussion de la poitrine dans la Péricardite. 279
Appréciation des symptômes de la Péricardite. . . . . *Ib.*
Marche de la Péricardite. 288

Fréquence de la Péricardite. 289
Pronostic de la Péricardite. 291
Causes de la Péricardite.. . . . . Ib.
Traitement de la Péricardite. 293
Etat anatomique du cœur et du Péricarde dans la Péricardite. 294
Adhérences du Péricarde au cœur. 296
Effets de ces adhérences.. 299

VIe. MÉMOIRE.

De la Communication des cavités droites avec les cavités gauches du cœur.. 301
Observations. 302
Ire. SECTION. Communication des oreillettes avec le trou botal.. . . . . Ib.
IIe. SECTION. Communication des ventricules au moyen de la perforation de leur cloison.. 311
IIIe. SECTION. Communication des cavités droites avec les cavités gauches du cœur, au moyen du canal artériel et du trou botal, ou de la perforation de la cloison des ventricules. 320
IVe. SECTION. Communication des oreillettes et des ventricules, au moyen d'ouvertures pratiquées dans leurs cloisons. 321
Ve. SECTION. Communication des cavités droites avec les cavités gauches du cœur, au moyen du trou botal et de l'aorte naissant des deux ventricules, etc. . . . 325
Résumé des observations précédentes. 328
§. Ier. Dispositions anatomiques. . . . . Ib.
Origine de la communication des cavités droites et gauches du cœur, et de plusieurs altérations de structure que présente alors ce viscère. 333
§. II. Effet de la communication des cavités droites et gauches du cœur sur la composition du sang et sur la coloration des organes. 336
§. III. Symptômes. 342
Corollaires. 348

VIIe. MÉMOIRE.

Abcès du Foie. 351
Ire. OBSERVATION. Abcès enkysté. 352
IIe. OBSERV. Abcès enkystés, volumineux, dont le plus vaste est ouvert dans la cavité de l'abdomen. 359
IIIe. OBSERV. Abcès enkystés d'un petit volume ; l'un d'eux est rempli d'un caillot de fibrine, et paraît avoir communiqué avec les vaisseaux hépatiques et les conduits biliaires. 376
IVe. OBSERV. Abcès enkystés d'un petit volume ; oblitération de la vésicule biliaire. 386
Ve. OBSERV. Abcès non enkystés contenant, comme ceux des observations précédentes, un pus de bonne qualité. 395
Symptômes de l'hépatite. 404
Causes de l'hépatite. 405
Mécanisme de la formation des abcès enkystés du foie. . 406
Etat du foie dans l'hépatite. 407
Pronostic des abcès du foie. 408
Causes de la jaunisse. 409

VIIIe. MÉMOIRE.

De l'État de la Moelle épinière dans la Carie vertébrale. . . 410
Ire. OBSERVATION. Ramollissement de la moelle épinière sans carie vertébrale. 411
IIe. OBSERV. Carie des troisième et quatrième vertèbres dorsales ; ramollissement de la moelle dans le point correspondant. 420
IIIe. OBSERV. Carie de la neuvième vertèbre dorsale sans gibbosité ; ramollissement de la moelle, saillie des côtes droites dans le point correspondant à la carie. . 428
IVe. OBSERV. Destruction de la septième vertèbre dorsale, sans gibbosité ; ramollissement de la moelle dans le point correspondant. 438
Variétés des symptômes observés, malgré l'identité de la lésion de la moelle épinière. 445

Difficultés que présente le diagnostic de la carie vertébrale dans certains cas.. 446
Ve. Observ. Destruction des neuvième et dixième vertèbres dorsales; gibbosité sans ramollissement de la moelle épinière.. 447

IXe. MÉMOIRE.

Des Morts subites ou survenues très-promptement, et tout-à-fait imprévues. 457
Observations suivies de réflexions. 460
Résumé.. 499

Xe. MÉMOIRE.

Morts lentes et prévues, dont on ne saurait se rendre compte par l'état des organes. 505
Observations suivies de réflexions.. 506

XIe. MÉMOIRE.

Du Ténia et de son Traitement, au moyen de la potion de M. Darbon. 530
Observations. 532
Résumé.. 548

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

IMPRIMERIE DE GUEFFIER, RUE GUÉNÉGAUD, n°. 31.